

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

352
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond AURIACOMBE

Né le 23 janvier 1904, à Mostaganem (Algérie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médecin-Assistant des Sanatoriums de Bligny

RÉADAPTATION DES TUBERCULEUX
AU TRAVAIL

ET

ASSISTANCE POST-SANATORIALE

Président : LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

088

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond AURIACOMBE

Né le 23 janvier 1904, à Mostaganem (Algérie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médecin-Assistant des Sanatoriums de Bligny

RÉADAPTATION DES TUBERCULEUX
AU TRAVAIL

ET

ASSISTANCE POST-SANATORIALE

Président : LÉON BERNARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE, HOVELACQUE.
	MULON et VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 REPTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	LE LORIER. . .	Clinique obstétricale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	)	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Que sa vie, toute de droiture et de
loyauté, me soit toujours en
exemple.*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

*« Nous cherchons vainement dans
« nos mémoires, un geste d'elle
« qui n'ait pas été généreux,
« une pensée qui n'ait pas été
« noble, un sourire qui n'ait pas
« été bienveillant ».*

A MA MÈRE

*Humble hommage de ma profonde
affection.*

A MA FEMME CHÉRIE

Avec tout mon amour.

A MON BEAU-PÈRE

le Docteur LOUIS GUINARD

Médecin-Directeur des Sanatoriums de Bligny

*Qui, après m'avoir inspiré le sujet
de cette thèse, n'a cessé de me
prodiguer ses conseils précieux
et particulièrement éclairés.*

*Qu'il soit assuré de ma profonde
reconnaissance et de mon plus
affectueux respect*

A MA BELLE-MÈRE

*Qui m'a accueilli comme un fils.
Je la prie de vouloir bien trou-
ver ici l'hommage de ma respec-
tueuse affection et de ma recon-
naissance infinie.*

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE

le Docteur URBAIN GUINARD

A MES BELLES-SŒURS

A tous avec ma profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS BON AMI

le Docteur MAURICE TACQUET

*Je lui devais beaucoup et garde le
regret de n'avoir pu lui mani-
fester toute ma reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Professeur de Clinique de la Tuberculose

Il m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de ma respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'ALGER

Stage :

MM. LES PROFESSEURS :

COSTANTINI.

ARDIN-DELTEIL (*in memoriam*).

CURTILLET (*in memoriam*).

GILLOT.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Externat :

MM. LES DOCTEURS :

AMEUILLE.

SAINTON.

PISSAVY (*in memoriam*).

A MON MAITRE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

M. le Docteur GÉNEVRIER

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT
ET MM. LES MEMBRES
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DES SANATORIUMS DE BLIGNY

A Monsieur le Docteur LUCIEN COLONIEU

Témoignage d'affection et de reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour moi et ma famille.

A MES AMIS

ÉMILE ALCAY et les Docteurs Louis ALCAY,
BALLISTE, LAURIAC, MAYNADIÉ, SY

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

Je dédie cette thèse.

AVANT-PROPOS

Le sort des tuberculeux remis en santé par une cure, l'avenir des malades sur le point de sortir ou sortis des sanatoriums, toutes les questions que l'on a groupées sous le terme « assistance post-sanatoriale », sont depuis longtemps à l'étude et ont fait l'objet de nombreux travaux, parus sous la forme de notes, rapports, articles de journaux, mémoires, thèses de doctorat, etc., où sont exposés les divers moyens auxquels on peut avoir recours pour assurer cette assistance spéciale ainsi que la réadaptation des tuberculeux à la vie active.

Ces questions sont toujours d'actualité et aujourd'hui plus que jamais du fait même de l'augmentation du nombre et de l'importance des établissements de cure, d'où sortent chaque année un nombre plus considérable de sujets plus ou moins aptes à reprendre leur place dans la société, et du fait également de l'appoint apporté dans l'arrêt de la tuberculose active par le développement et le perfectionnement des méthodes colapsothérapiques.

Ces questions sont d'un haut intérêt social et posent un problème extrêmement difficile à résoudre, qui,

malgré tout ce que l'on a écrit et tenté jusqu'ici est loin d'être pratiquement résolu.

Aussi avons-nous pensé qu'il y avait encore place pour un travail exposant l'état actuel, recherchant aussi et indiquant, d'après les propositions qui ont été faites et les essais déjà tentés, quelles sont les voies dans lesquelles il y aurait lieu de s'engager pour, dans les meilleures conditions économiques, aboutir à des réalisations possibles.

Afin d'éviter les répétitions et ne pas faire double emploi avec les travaux d'ensemble déjà publiés, que nous rappelons d'ailleurs dans notre index bibliographique, nous n'entrerons pas, sauf pour ce qui peut éclairer notre sujet, dans les détails des différentes méthodes préconisées, ni des conditions de leur application. Nous nous limiterons à l'exposé critique et comparatif des moyens qui sont ou ont été employés, en vue de préparer et d'assurer l'avenir des tuberculeux.

Aux enseignements et documents recueillis aux sanatoriums de Bligny, nous ajouterons ce que nous avons trouvé d'utile à retenir dans les publications antérieures relatives à la préparation des tuberculeux au travail et à l'assistance post-sanatoriale.

Nous ferons, notamment, une large place à ce qui a été dit dans les rapports présentés et les discussions qui ont suivi sur ce sujet, soit à la Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose de Bruxelles, en juillet 1922, soit, et plus particulièrement, à la Conférence de La Haye-Amsterdam en septembre 1932.

Nous nous sommes plus spécialement inspiré du

Rapport de M. L. GUINARD, co-rapporteur pour la France, à cette dernière Conférence.

Le but que nous nous efforcerons d'atteindre est d'extraire de cet ensemble d'essais, de mémoires et de travaux, les suggestions pratiques et les moyens paraissant le mieux devoir conduire aux applications les plus facilement et les plus économiquement réalisables.

CE QU'IL FAUT DISTINGUER DANS CE QUE L'ON APPELLE ASSISTANCE POST-SANATORIALE

Un des reproches, et non des moindres, retenus contre les cures de la tuberculose, particulièrement celles que font, dans les sanatoriums populaires, les malades des classes laborieuses et à maigres ressources, est que ces malades, après leur traitement, obligés de reprendre leur place dans la vie active, obligés de se remettre au travail dans les centres urbains, dans les ateliers où ils sont tombés malades, dans des milieux manquant d'hygiène, etc., perdent plus ou moins vite le bénéfice des soins qu'ils ont reçus, rechutent, s'aggravent, luttant, autant qu'ils le peuvent, dans des conditions souvent déplorables, contre une maladie qui, pour beaucoup, entraîne la misère et, d'étape en étape, parfois interrompus par des reprises de cure, deviennent finalement incurables, et succombent.

M. le P^r LÉON BERNARD a fort bien décrit tout cela en faisant ressortir la tristesse de la situation, dans l'article qu'il a fait paraître dans la *Presse médicale* du 21 octobre 1922, à propos de la colonie de Papworth, où il a vu une solution du problème social de la tubercu-

lose. Ainsi s'est posé et se pose le difficile problème de l'avenir des tuberculeux et de l'assistance post-sanatoriale.

Mais le terme d' « assistance post-sanatoriale » communément employé pour la présentation de l'important sujet dont il s'agit, comporte une signification qu'il faut tout d'abord préciser, car il n'est pas facile de distinguer nettement cette assistance, de la cure proprement dite, dont elle peut être une prolongation, par les soins à assurer après la sortie du sanatorium.

En effet, l'assistance par prolongation des soins que réclament encore certains malades sortis de la maison de cure, est une chose ; les conditions de la réadaptation de ces malades au travail et de la reprise de l'existence sont une autre chose. Nous reconnaissons l'importance des soins et de la surveillance médicale à continuer, même après la stabilisation du mal ou la guérison, en remarquant toutefois que ces soins sont particulièrement nécessaires aux sujets imparfaitement rétablis, à ceux dont la capacité de travail reste réduite ou aux malades incapables de travailler. Mais cette assistance « médicale » doit être complétée par une assistance « sociale », et c'est cette dernière qu'un groupe de membres de la VIII^e Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose a remise à l'étude et qui a motivé la création d'un comité international permanent pour la cure post-sanatoriale, dont le siège est en Hollande.

Cette assistance « sociale » post-sanatoriale a deux buts, que nous étudierons successivement :

1° *La réadaptation au travail* : Préparation des malades à reprendre, dans les meilleures conditions de surveillance, l'habitude du travail et la résistance physique nécessaires à la reprise de la vie active ;

2° *L'assistance post-sanatoriale proprement dite* : Organisation de l'aide à apporter aux malades sortis du sanatorium, soit en les aidant à trouver une place, soit en créant, pour les malades à capacité physique réduite, des organismes spéciaux où ils trouveront des occupations en rapport avec leurs aptitudes professionnelles et leur état de santé, soit enfin, en permettant aux malades trop atteints pour pouvoir fournir un travail, même léger, de continuer à se reposer sous une surveillance médicale, en laissant leur place au sanatorium à des malades susceptibles de guérison.

Cette distinction répond bien aux buts différents qu'il s'agit de poursuivre et qui pratiquement, ne comportent pas les mêmes moyens.

En vue de mieux faire ressortir, à notre tour, tout l'intérêt qui s'attache à ces deux importantes questions, nous rappellerons brièvement l'histoire de quelques organisations, et certains faits démontrant combien, depuis longtemps, on s'en préoccupe.

**QUELQUES NOTES RELATIVES
A L'HISTOIRE DE LA RÉADAPTATION
DES TUBERCULEUX AU TRAVAIL
ET DE L'ASSISTANCE POST-SANATORIALE**

Le 1^{er} juillet 1911, sur la demande de LÉON BOURGEOIS, M. L. GUINARD a présenté, à la commission permanente de préservation contre la tuberculose, un rapport ayant pour titre : « *Après le Sanatorium* », rapport où étaient exposés quelques-uns des moyens qui, à cette époque, permettaient de venir en aide aux tuberculeux sortant du Sanatorium et en état de reprendre leur travail. Comme conclusion, l'auteur soumettait à la Commission les vœux suivants :

« 1^o Favoriser la création et le fonctionnement des Associations amicales et Sociétés de secours mutuels d'anciens pensionnaires de sanatoriums populaires, en attirant sur elles l'attention des pouvoirs publics et des grandes administrations, en vue de faciliter l'existence matérielle des libérés de la tuberculose, de favoriser leur placement et de leur assurer l'hygiène et le confort indispensable, à la conservation de leur santé ;

2^o Chercher les moyens de faire connaître ces asso-

ciations aux personnalités, aux groupements industriels, commerciaux, agricoles, etc..., susceptibles d'offrir des emplois à la campagne pour permettre le retour à la vie de plein air aux malades guéris désirant s'éloigner des villes ;

3° Intéresser les pouvoirs publics, administrations industrielles, financières, ou commerciales, les Directeurs des Grandes Compagnies, etc..., au sort des anciens malades, pour qu'il leur soit plus particulièrement réservé des places pouvant leur permettre de vivre hygiéniquement et de travailler suivant leurs aptitudes physiques et professionnelles, en conservant le bénéfice de la cure ».

Plus tard la question de l'assistance post-sanatoriale a été mise à l'ordre du jour par l'Union Internationale contre la Tuberculose, d'abord, en 1922, à la Conférence de Bruxelles, puis, tout récemment, le 9 septembre 1932, à la Conférence de La Haye-Amsterdam.

Si nous pouvons comprendre, dans notre exposé, les organisations créées en vue de recevoir soit des menacés d'évolution tuberculeuse, soit des malades à préparer au travail, nous notons que les premières étapes dans cette voie, ont été marquées en France, avant 1914, par la fondation de la Colonie Agricole que VAUDREMER a ouverte, au Cannet, en 1899, un an après la Colonie Agricole fondée en 1898 par Sir ROBERT PHILIP, d'Edimbourg. Ce fut, ensuite, sur l'initiative du Dr Bouloumié, en 1913, la fondation de la Colonie sanitaire de Tonnay-Charente, Colonie réservée par l'Union des Femmes de France, aux jeunes gens exemptés tempo-

rairement ou réformés du service militaire. Les Colonies du Cannet et de Tonnay-Charente n'ont eu qu'une assez courte existence.

Au cours de cette première période, dans quelques Sanatoriums français, notamment à Bligny, depuis 1904, et à Hauteville, depuis 1909, on s'est préoccupé de soumettre les malades à des travaux divers, non pas seulement pour les distraire, mais en vue de les préparer à la reprise de la vie active, par un entraînement progressif de réadaptation.

Pour cela, on leur confiait, soit des travaux méthodiquement réglés et dosés, soit, comme nous le faisons encore à Bligny, certains travaux dans les services intérieurs de la maison, dans les jardins, dans le parc, à la basse-cour, dans les ateliers de réparations, etc.

Une deuxième période s'est ouverte en 1916, dominée par le souci d'assurer l'avenir des militaires tuberculeux en les orientant, autant que possible, vers des professions pouvant s'exercer à la campagne.

Dans ce but, à l'hôpital militaire de Melleray, M. CANTONNET organisait une section de travail, et, le 15 octobre 1916, le service de santé ouvrait à Campagne-les-Bains (Aude), un service hospitalier spécial qui, sous la direction de M. Roux, devenait une remarquable école de réadaptation à la vie rurale pour tuberculeux. Sur ce modèle fut créée l'école de Baulou-les-Roses (Corrèze), tandis que de son côté, l'Office des Mutilés de la Guerre fondait les fermes de rééducation agricole de Passy-Veron (Yonne), et de la Placelière (Loire-Inférieure).

Ces organismes spéciaux pour réformés militaires tu-

berculeux ont disparu ou ont été transformés, et ainsi, nous entrons dans la période actuelle où, à part deux fondations en voie d'achèvement, nous ne trouvons, chez nous, que quelques établissements recevant des adolescents ou jeunes gens désireux d'embrasser une profession agricole, mais qui ne sont pas nécessairement d'anciens tuberculeux.

A l'heure actuelle, en effet, les Ecoles de rééducation et les Colonies agricoles existantes ont plutôt le caractère de préventoriûms et ne sont pas destinées à recevoir, seulement, des malades ou anciens malades à réadapter au travail.

Le plus important des établissements de ce genre est la Colonie franco-britannique de Sillery, près Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), établissement de cent lits où l'on forme surtout des jardiniers, un petit nombre d'ouvriers relieurs, et qui reçoit quelques anciens pensionnaires des Sanatoriums de Bligny et des Sanatoriums de l'Office public d'Hygiène Sociale de la Seine, convalescents ne crachant pas de bacilles.

A part les établissements de Campagne-les-Bains, de Melleray et de Baulou-les-Roses, où étaient aménagés des ateliers pour travaux se rapportant à des métiers divers, convenablement choisis et pouvant s'exercer à la campagne, les Colonies ou Ecoles de rééducation organisées en France, préparaient et préparent surtout aux travaux agricoles et horticoles.

Nous reviendrons, par la suite, sur les raisons qui ont fait accorder la préférence à ce genre de travaux, mais, avant d'aller plus loin, il nous paraît nécessaire

de rappeler que les premières tentatives de travail des malades, dans les Sanatoriums, ont été faites dans un but thérapeutique. C'est ainsi qu'en 1892, à Reiboldsgrun (Saxe), WOLFF-IMMERMAN entreprit d'étudier les effets du travail méthodique sur la cure d'un groupe d'ouvriers tuberculeux et prit, ensuite, l'initiative d'introduire ce mode de traitement dans d'autres sanatoriums.

Plus tard, en 1905, en organisant systématiquement la cure dite de travail, au sanatorium de Frimley et en expliquant les résultats de cette cure par un phénomène d'auto-inneculation immunisante, M. MARIUS PATERSON est un des auteurs qui ont le plus contribué à la vulgarisation de cette soi-disant thérapeutique par l'activité musculaire, que l'on a eu le tort, au début, de mettre en opposition avec la cure classique de repos.

M. L. GUINARD l'a dit, il y a vingt ans, à la Conférence de Bruxelles, et nous croyons opportun de le répéter encore : « Le travail, souvent cause d'évolution, d'aggravation et de chronicité, ne peut pas être agent thérapeutique et facteur essentiel d'une cure de tuberculose. L'expression de *cure de travail*, encore si souvent employée, consacre une erreur, elle doit être remplacée par celle, beaucoup plus exacte, *d'entraînement par le travail*, ou de *réadaptation à la vie active par le travail* ».

SÉLECTION ET CLASSIFICATION DES MALADES PAR GROUPES

Si l'assistance post-sanatoriale, en raison du but à atteindre, se présente tout d'abord comme une question d'ordre social, elle pose également un problème médical par la sélection à faire parmi les tuberculeux susceptibles d'une réadaptation au travail, par la surveillance et les soins, plus ou moins étroits dont il faut entourer ces malades au moment et pendant la reprise de la vie active.

Un diagnostic précoce de la maladie, suivi d'un traitement approprié, pendant tout le temps nécessaire, avec application des méthodes récemment introduites dans la thérapeutique de la tuberculose, réalisent les conditions les meilleures pour la récupération du plus grand nombre possible de sujets, parmi ceux qui sortent des maisons de cure.

Ainsi on augmentera considérablement le nombre des tuberculeux en état de reprendre leur ancien métier ou de se remettre au travail dans une carrière où ils auront le plus de chances de conserver le bénéfice du traitement qu'ils ont suivi.

Malgré tout, cependant, il y aura toujours, médicalement parlant, des différences à établir entre les malades à l'avenir desquels on doit s'intéresser, soit pour les préparer à reprendre leur existence au travail, soit pour organiser leur travail et les assister s'il y a lieu, après la sortie du sanatorium.

A ce point de vue, M. B. H. Vos, en prenant le sanatorium pour point de départ, a réparti les malades en trois groupes principaux, que nous croyons intéressant de rappeler ici, d'après son rapport à la Conférence de La Haye-Amsterdam.

Le premier groupe, très nombreux, dit-il, se compose de ceux qui, après un traitement dont la durée varie avec la gravité de leurs lésions, finissent par se rétablir entièrement, de sorte qu'ils peuvent reprendre leur place dans la Société, sans aucune restriction.

Le deuxième groupe comprend les malades, qui, à leur sortie du sanatorium, ne sont pas assez vigoureux pour satisfaire aux exigences de la vie quotidienne. En tenant compte d'une remarque de M. Siekenga, M. Vos subdivise les malades de ce deuxième groupe en deux autres catégories :

a) Ceux dont le rétablissement est encore possible, pourvu qu'ils travaillent provisoirement dans des conditions spéciales de protection. Il s'agirait, alors, d'assistance temporaire ;

b) Ceux qui ont subi de telles modifications anatomopathologiques ou fonctionnelles (dyspnée, troubles du système cardio-vasculaire) qu'un rétablissement de leur

capacité de travail est exclu. Ces malades auront besoin d'une assistance permanente.

Le troisième groupe se compose des cas graves auxquels aucune méthode de traitement ne saurait rendre leur capacité de travail.

Des groupements plus simples ou au contraire plus complexes par la multiplicité des subdivisions établies, ont été proposés par d'autres auteurs ; nous ne croyons pas devoir les rappeler et nous en tiendrons aux bases de la classification de M. Vos, en divisant les malades de la façon suivante :

1° Ceux qui sont complètement aptes au travail, c'est-à-dire qui sont en état de reprendre leur place dans la Société ;

2° Ceux qui ne sont que partiellement aptes au travail et sont incapables de satisfaire aux exigences de la vie, parce que incomplètement rétablis et présentant encore des lésions non éteintes ou des troubles fonctionnels plus ou moins gênants ;

3° Les malades atteints de tuberculoses graves et avancées auxquels aucun traitement ne pourra rendre leur pleine capacité de travail.

Il est évident que la classification que nous venons d'exposer est parfaitement arbitraire et toute théorique. Elle ferait songer à la classification ancienne des tuberculeux en trois degrés... Il n'entre certainement pas dans nos idées de la reprendre, mais une classification est nécessaire dans tout travail de ce genre pour la simplicité et la clarté de l'exposé. Celle-ci nous a paru cor-

respondre le mieux à la réalité clinique : aussi la conserverons-nous.

Pratiquement, il ne sera pas toujours facile de faire une distinction marquée entre les malades des divers groupes, la durée de la réadaptation au travail n'étant pas, dans bien des cas, suffisamment longue pour permettre de se faire une opinion nette sur la façon dont le malade résistera au cours de son existence post-sanatoriale.

Cependant, et bien qu'en phthisiologie, il soit difficile, sinon impossible, de schématiser, nous pourrions nous baser sur le tableau de marche suivant :

1° Tuberculeux inactifs

Deux radiographies, prises à trois mois d'intervalle, montrent une stabilisation ou une amélioration des lésions. Bacilloscopies négatives. Etat général stable ou en voie d'amélioration : le malade est mis à l'entraînement par le travail pendant deux mois à raison d'une heure par jour pendant la première semaine, et en augmentant d'une heure par jour chaque semaine, jusqu'à lui faire accomplir six heures de travail effectif par jour pendant les trois dernières semaines.

En cas d'incident, le malade est mis au repos immédiatement, et une seconde cure d'entraînement par le travail n'est mise en train qu'après six mois de radiographies stabilisées ou améliorées et de bacilloscopies négatives.

Si aucun incident n'est survenu au cours de l'entraînement, le malade est rendu à la vie normale.

Nous pourrions classer ces malades dans le groupe I. Il comprendra tous les porteurs de pneumothorax efficace, dont on peut dire qu'ils sont cliniquement guéris.

2° Tuberculeux actifs

Ce sont des bacillaires constants ou intermittents ; il faudra un intervalle de six mois entre deux radiographies stabilisées ou améliorées pour que soit tentée la cure d'entraînement par le travail. Elle sera évidemment beaucoup plus prudente que pour les malades précédents : une heure par jour pendant les deux premières semaines, et on n'augmentera d'une heure que toutes les deux semaines.

C'est principalement sur ces malades que devra se porter l'attention du médecin. Des radiographies en séries éclaireront l'évolution de leurs lésions pulmonaires ; leur courbe de poids fixera sur la résistance de leur état général, etc. Tous les moyens dont la clinique dispose seront mis en œuvre pour suivre le malade et déceler au plus tôt le moindre fléchissement de son organisme ou la plus petite évolution de ses lésions pulmonaires.

Trois cas pourront alors se présenter :

a) Le malade s'améliore, stérilise ses expectorations, et pourra entrer, dans un avenir plus ou moins proche, dans le groupe I ;

b) Il semble entrer dans une phase de rémission passagère, demeurant bacillaire intermittent, capable d'un travail léger pendant tout le temps (plus ou moins long

suivant les résistances individuelles) qu'il mettra à devenir un tuberculeux à poussées évolutives de plus en plus rapprochées, pour aboutir à une issue sur laquelle personne n'a jamais eu le moindre doute. Ce sont ces malades qui, pendant leur période de travail, seront justiciables de l'assistance aux malades du groupe II ;

c) Le malade fait une poussée évolutive aiguë : ou bien c'est une simple alerte, et tout est à recommencer, ou bien il entre dans la catégorie des...

3° Tuberculeux évolutifs

Il n'est pas question de travail pour eux. Ces malades ne pouvant apparemment bénéficier d'aucune thérapeutique, l'assistance post-sanatoriale pour les malades du groupe III se chargera de leur trouver un refuge où ils pourront continuer à se reposer dans les meilleures conditions d'hygiène et à proximité de leur famille.

■
* *

Les malades du premier groupe pourraient se remettre au travail sans assistance spéciale, à la condition d'y avoir été préparés progressivement, de vivre hygiéniquement, et de se soumettre à une surveillance médicale qui les mettra en garde contre tout retour agressif du mal.

Nous ne parlons pas ici, évidemment, des malades porteurs de pneumothorax thérapeutique, dont les réinsufflations seront l'objet d'une assistance particulière sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Pour les malades du deuxième groupe, une assistance temporaire ou permanente est plus ou moins nécessaire, suivant l'importance de la réduction de leur aptitude au travail et suivant les conditions dans lesquelles ils peuvent vivre et exercer leur métier, beaucoup d'entre eux étant capables, avec le temps, et du fait de la stabilisation progressive de leurs lésions, de retrouver, en travaillant, la résistance suffisante pour satisfaire aux exigences de la vie.

Il est d'ailleurs intéressant de rappeler, à ce propos, combien sont nombreux les tuberculeux qui continuent de travailler et, malgré cela, parviennent à maintenir leur équilibre fonctionnel et, parfois, finissent par se stabiliser. Tout dépend malheureusement de tendance à la régression dont nous ne sommes pas toujours maîtres.

Les malades du troisième groupe auront besoin d'une assistance permanente qui leur sera donnée par les services hospitaliers pour tuberculeux, les hôpitaux-sanatoriums ou les logements-sanatoriums, dont nous parlerons plus loin.

*
* *

En ce qui concerne la proportion des cas qui entrent dans chacun des groupes précédents, nous n'avons trouvé, dans les statistiques qui ont été publiées, que des chiffres très approximatifs, mais qui renseignent cependant sur l'importance relative du nombre de tuberculeux pour lesquels il y a lieu de prévoir l'assistance post-sanatoriale.

D'après le rapport du Comité de Placement du Conseil Anglais de la Tuberculose, il ressort que 40 à 50 % des tuberculeux peuvent retourner à leur ancien métier, que 35 % restent au point de vue médical et économique à la charge de l'assistance temporaire ou permanente, tandis que 15 % de tous les tuberculeux sont hors d'état de fournir du travail.

Dans son rapport à la conférence de La Haye, M. Vos nous apprend, d'après les chiffres du Dispensaire d'Amsterdam, que 42,8 % des tuberculeux du sexe masculin étaient capables de reprendre leurs occupations professionnelles à la sortie du sanatorium et que, deux ans après, 41,4 % de ces malades étaient en plein travail.

En se basant sur les rapports annuels des sanatoriums, l'Inspecteur du service antituberculeux Hollandais a constaté que 33,4 % des malades étaient justiciables de l'assistance post-sanatoriale, alors que, d'après ses observations personnelles, M. Vos évalue cette proportion de 15 à 20 % seulement.

M. Roux fixe de 25 à 30 % le nombre des tuberculeux sortant des sanatoriums qui ne peuvent pas être remis au travail.

Il est une constatation importante que nous tenons à faire ressortir ici, parce qu'elle est en opposition avec l'affirmation de ceux qui prétendent que la grande majorité des tuberculeux sortis des sanatoriums est incapable, sans assistance, de reprendre place dans la Société.

Cette affirmation n'est pas exacte, car la proportion des tuberculeux pulmonaires incapables de se tirer d'af-

faire financièrement, après le sanatorium, peut être notablement réduite par suite des progrès de la science médicale et de la thérapeutique de la tuberculose qui permettent de remettre sur pied un nombre de plus en plus élevé de malades.

La même opinion rassurante a été également soutenue par d'autres médecins, notamment par MM. COURTOIS et ALBRECHTS, ARTURO CAMPANI et CLÉLIA LOLLINI, et cela correspond aussi aux constatations qui ont été faites aux Sanatoriums de Bligny dans les conditions suivantes :

Une enquête actuellement en cours, parmi les anciens pensionnaires de ces Sanatoriums, sortis, les uns de 1904 à 1914, les autres de 1920 à 1930, a permis de réunir, jusqu'ici, 1428 réponses, 621 hommes et 807 femmes.

Or, en retenant seulement les chiffres correspondant aux réponses précises faites aux questions posées, on note que 310 hommes et 402 femmes ne se sont remis au travail qu'après une prolongation de repos de durée variable.

Par ailleurs, à l'exception de 115 hommes, et 133 femmes qui, plus ou moins longtemps après la reprise du travail, ont accusé des incidents légers ou des réveils plus ou moins sérieux, la plupart de ces anciens pensionnaires, travaillant dans des conditions d'hygiène assez différentes, résistent et tiennent normalement leur place dans la Société.

Dans l'ensemble de cette même enquête, il apparaît nettement que les sujets qui ont le mieux conservé le

bénéfice de leur cure, sont ceux qui ont vécu et vivent en milieu rural, et dans les meilleures conditions d'existence. Les climats divers, l'air pur des campagnes, agents thérapeutiques aux indications multiples, apportent un concours efficace à la guérison des différentes formes de tuberculose ; leur action bienfaisante est, d'autre part, depuis longtemps recommandée par les médecins et recherchée par les malades pour consolider le rétablissement de la santé au cours des convalescences de maladie.

En rappelant cette pratique d'un usage courant, M. le Pr Sergent a justement remarqué qu'il serait intéressant de pouvoir prolonger le séjour des tuberculeux à la campagne, en les conservant dans la maison de cure où on aurait la possibilité de les préparer au travail.

On a pu constater également que parmi les anciens pensionnaires qui ont répondu à l'enquête qui se poursuit à Bligny, plus avantagés ont été ceux qui, après leur sortie du sanatorium, ont pu prolonger leur cure de repos et reprendre progressivement leur travail ou leurs occupations journalières.

C'est la confirmation de la pratique recommandée par les médecins qui s'occupent de la réadaptation des tuberculeux à la vie active. Tous sont unanimes à déclarer qu'en ce qui concerne la nature et la durée de l'effort, le malade doit être mis graduellement au travail, aussi bien pendant la cure qu'après la sortie du sanatorium.

Nous reviendrons sur ces faits d'observations pour en tirer parti, au cours de l'exposé des moyens employés pour la réadaptation et la mise au travail des tuberculeux.

MÉTHODES ET MOYENS EMPLOYÉS POUR LA RÉADAPTATION AU TRAVAIL

Ainsi que l'a rappelé tout récemment M. Etienne Brunet, la question de la réadaptation au travail se pose dès l'entrée du tuberculeux au sanatorium. C'est la préoccupation qui prend le plus d'importance, lorsque après une cure de repos, ou une intervention qui a donné de bons résultats, le malade paraît en état de se préparer à sortir pour reprendre des occupations.

Alors, il faut songer à la réadaptation au travail par un entraînement progressif qui trouve les conditions les plus favorables à sa réalisation et à sa réussite au sanatorium, sous la surveillance immédiate du médecin.

Le travail au sanatorium est le complément logique de la cure et du traitement, et les malades, sauf de rares exceptions, s'y prêtent volontiers. Il est d'ailleurs facile de leur en faire ressortir les avantages en leur montrant les bénéfices qu'ils doivent en tirer pour le présent comme pour l'avenir, car leur réadaptation à la vie normale est la conséquence directe de leur préparation au travail pendant leur séjour au sanatorium.

La réadaptation au travail et la rééducation dans leurs annexes sont admises par la généralité des médecins que préoccupe l'assistance post-sanatoriale, et parmi ceux qui les soutiennent, nous pouvons citer MM. Vos, BLANCO, HEITMANN, L. GUINARD, COURTOIS, HOLBRECHTS, BRESKY, STEWART, WILLIAMS, VAN LIER, K. HEINZ BLÜMEL, ARTURO CAMPANI, CLÉLIA LOLLINI, PAUL SOLLIER, ALINE FRENKEL, sans oublier de joindre à cette liste Mlle SUZANNE FOUCHÉ, l'active secrétaire générale de la Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique, qui mène une ardente campagne en faveur de ce moyen.

La réadaptation et la rééducation dans les sanatoriums recueillent par conséquent la grande majorité des adhésions.

C'est la tendance dominante en France, mais nous devons reconnaître, cependant, que l'effort fait dans ce sens est très insuffisant, et ne comprend qu'un nombre restreint de nos grands sanatoriums populaires, 8 sur 20 de ceux que nous avons interrogés, et encore les méthodes d'entraînement employées sont-elles très simples et ne comportent-elles aucun équipement, aucun outillage spécial, aménagé en vue des travaux divers auxquels on peut soumettre les tuberculeux.

Nous verrons cependant qu'il y a des projets en cours, parmi lesquels certains ont un commencement de réalisation ; mais il n'y a encore rien de bien complet.

La réadaptation au travail peut se réaliser simplement en faisant participer les malades aux différents services de l'établissement : dans les chambres, les salles à

manger, à l'office des cuisines, à la menuiserie, aux ateliers mécaniques, dans le parc, dans les jardins potagers, à la basse cour, etc.

Ces moyens sont employés aux sanatoriums de Bligny depuis 1904, et ce sont eux aussi qu'utilisent les 8 Sanatoriums Français où l'on soumet les pensionnaires à un entraînement préparatoire au travail. On doit reconnaître que, s'ils ont rendu et rendent encore des services, les ressources qu'ils offrent sont limitées et ne prêtent pas à des extensions suffisantes.

Voilà pourquoi on a songé à réaliser la réadaptation au travail dans des ateliers spéciaux organisés dans les sanatoriums et outillés pour les travaux industriels divers, pouvant convenir aux convalescents de la tuberculose.

Quelques sanatoriums français, nous l'avons dit, possèdent déjà des organisations de ce genre ; d'autres se préparent, paraît-il, à en faire autant ; mais à cet égard les précisions manquent encore.

Par contre, en d'autres pays, notamment en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, en Hollande, la réadaptation au travail dans les ateliers organisés dans les sanatoriums, est réalisée dans quelques établissements populaires.

Il est difficile de savoir, cependant, si les organisations de travail que l'on dit exister dans certains sanatoriums des pays que nous venons de citer sont outillées aussi complètement que semblent le dire les descriptions qui en sont données dans divers rapports et publications sur l'assistance post-sanatoriale. En effet,

d'après des médecins qui ont eu l'occasion de visiter certaines de ces organisations, il en est qui se réduisent à bien peu de chose, et dont les ateliers, peu nombreux d'ailleurs, ne peuvent recevoir qu'un petit nombre de travailleurs.

Nous croyons qu'il y a intérêt à généraliser la formule de réadaptation au travail dans les sanatoriums parce que, d'après ce que nous savons des disponibilités présentes, elle apparaît comme la plus recommandable. En effet, en l'état actuel de nos organisations antituberculeuses et de la thérapeutique de la tuberculose, étant données les disponibilités budgétaires et les ressources financières sur lesquelles on peut raisonnablement compter, il est évident que le moyen le plus facilement et le plus économiquement réalisable est de se servir des sanatoriums populaires d'une certaine importance pour la préparation des malades au travail en créant dans, ou au voisinage immédiat de ces établissements, ou bien encore en liaison avec eux, des organisations pratiques, des ateliers convenablement outillés permettant d'apprécier la capacité et la résistance des tuberculeux stabilisés laissés sous la surveillance du médecin pendant la durée de cette préparation à la vie active.

Quant aux travaux, métiers et professions auxquels on peut préparer ou réadapter les tuberculeux, le choix ne manque pas, et, à titre d'exemple, nous en citerons seulement quelques-uns : Horticulture, floriculture, arboriculture, sylviculture, menuiserie, ébénisterie, fabrication de jouets, élevage des animaux de basse-cour, aviculture, apiculture, vannerie, fabrication d'articles

de voyage (malles, mallettes, sacs, etc.), articles divers en cuir, cordonnerie, fabrication de balais, de brosses, cartonnage, reliure, peinture, vernissage, imprimerie, horlogerie, serrurerie, fournitures et installations électriques, dessins, calques, tenue de livres de comptabilité, sténographie, dactylographie. Couture, broderie, lingerie, bonneterie, tapisserie, fabrication de poupées, articles de papeterie.

Cette liste est suffisante pour permettre de faire un choix parmi les travaux, ou d'autres, similaires, qui peuvent convenir à des travailleurs manuels, à des intellectuels, hommes ou femmes.

*
* *

Quant à savoir si le malade doit être réadapté au métier qu'il exerçait, ou bien formé à une autre profession apparaissant comme plus hygiénique et moins pénible, MM. KIDNER, VOS, EDOUARD BRESKY, PAUL SOLLIER, LOUIS GUINARD, ARTURO CAMPANI, CLÉLIA LOLLINI, K. HEINZ BLÜMEL, sont, avec la presque unanimité des auteurs qui ont abordé cette question, en faveur du métier primitif, d'abord, ou d'une profession en rapport avec ce métier.

Nous reconnaissons aussi qu'un adulte se formera assez difficilement à un nouveau métier, où, moins habile que dans sa profession, il trouvera, à coup sûr, moins d'avantages pour gagner sa vie. Mais, et c'est un point sur lequel nous reviendrons, le retour du malade à son métier primitif aura d'autant plus de chances de

réussir que le patron l'accueillera avec confiance et lui facilitera l'accomplissement de sa tâche.

Il en va autrement pour les adolescents ou jeunes gens n'ayant pas encore fait d'apprentissage, et que l'on devra, autant que possible, orienter vers une profession horticole ou un métier industriel pouvant s'exercer à la campagne.

Le Sanatorium, ou son annexe, deviendra alors, comme le propose M. STEWART, une sorte d'école où les pensionnaires en état de travailler, seront instruits, sous la surveillance du médecin, par des techniciens compétents, et d'après des programmes judicieusement adaptés au but à atteindre.

M. STEWART, grand partisan de l'enseignement qui peut se donner au sanatorium, propose de l'élargir dans tous les domaines, pratiques et intellectuels, les malades pouvant se rendre de mutuels services en organisant entre eux des cours et des leçons portant sur les matières les plus diverses.

Il en est ainsi à Bligny, où les pensionnaires du sanatorium des hommes (sanatorium Despeaux-Rubod), ont organisé, depuis 1931, un cercle d'études comprenant des leçons de français (orthographe, style, littérature), d'anglais, de comptabilité, de sténographie, de dactylographie, de technique automobile et de musique.

Les leçons ont lieu régulièrement tous les jours, sauf le dimanche, habituellement de 16 h. 30 à 17 h. 30, parfois de 13 h. à 14 h. En tenant compte des élèves inscrits à plusieurs cours, le nombre des participants est d'environ 40 à 45. Du côté du sanatorium des femmes

on instruit et on prépare des infirmières qui sont ensuite placées dans des sanatoriums.

Au sanatorium Mangini, d'Hauteville, des cours de réadaptation au travail ; reliure, coupe, sténo-dactylo, et des cours d'infirmières, ont été organisés en liaison avec le Foyer.

Ces cours, très appréciés par les pensionnaires, ont déjà rendu, à certains d'entre eux, d'incontestables services en leur facilitant l'accès des situations qu'ils recherchaient.

Dans nombre de cas, il y a avantage à préparer ou à diriger un tuberculeux vers une profession différente de celle qu'il exerçait, quand il est notoire que cette profession peut l'exposer aux rechutes, et au réveil de la maladie.

Alors, il est important que le médecin dirige le malade et le conseille dans le choix du métier qui peut lui convenir et qui doit être le mieux possible en rapport avec ses aptitudes professionnelles et son état de santé.

Dans ces circonstances, il appartient encore au médecin, non seulement de convaincre le malade de la nécessité de ménager ses forces, mais aussi de lui faire comprendre qu'il doit organiser son existence de telle façon qu'il puisse accepter un salaire probablement réduit, sans avoir le désir de retrouver, surtout au début, une situation équivalente à celle qu'il a dû abandonner.

De l'enquête faite parmi les anciens pensionnaires de Bligny, dont nous parlons plus haut, il ressort que 404 hommes et 560 femmes ont repris le même métier ou leurs occupations habituelles, tandis que 204 hommes et 235 femmes ont changé de métier ou modifié leur existence familiale et n'ont pas eu à en souffrir.

COLONIES AGRICOLES ET INDUSTRIELLES ANNEXÉES AUX CENTRES DE TRAITEMENT, SANATORIUMS ET HOPITAUX-SANATORIUMS

Nous venons de parler des créations qui pourraient être faites dans le voisinage des sanatoriums, ou ailleurs, mais alors en liaison avec eux, et, par cela, nous sommes conduits à nous arrêter sur les établissements de travail, colonies agricoles ou industrielles, annexés aux centres de traitement, sanatoriums et hôpitaux-sanatoriums, où les malades, libérés de la cure de repos, sont préparés à la reprise de la vie active, sous la surveillance des médecins et la direction de techniciens compétents.

Nous n'avons pas encore, en France, d'établissements organisés d'après cette formule, mais il en existe dans d'autres pays, notamment en Allemagne, Angleterre, Belgique, Hollande, Italie, Norvège, Tchéco-Slovaquie.

A titre documentaire, nous signalerons seulement les suivants, dont il a été question à la conférence de La Haye-Amsterdam :

M. HEITMANN, d'Oslo, a rapporté qu'en Norvège Orientale un grand sanatorium a été construit par l'Etat. A côté de cet établissement se trouvait un petit sanatorium

privé ; celui-ci fut acheté et installé comme atelier pour trente hommes convalescents susceptibles de travailler.

Sont admis à cet atelier les malades chroniques non fébricitants qui s'engagent préalablement à séjourner au moins un an à l'atelier. Le prix de journée par malade est d'environ 5 couronnes, mais les convalescents paient eux-mêmes 1,20 couronne par jour, et l'état verse le surplus. Le travail est rémunéré de 0,20 à 0,40 par heure, d'après le degré d'entraînement et l'effort que peut dépenser l'intéressé.

Le séjour à l'atelier a pour but de réadapter le convalescent pour qu'il puisse reprendre, par la suite, son ancien métier, ou bien de lui apprendre un nouveau métier qui conviendra mieux à son état et lui permettra de subvenir entièrement ou partiellement à son existence.

L'atelier est dirigé par un instructeur qui a reçu lui-même l'éducation professionnelle nécessaire pour enseigner les divers métiers.

L'atelier dispose des produits et il a la charge de les vendre. La majeure partie des produits de la ferme et du jardin sont vendus au Sanatorium, mais des clients attirés, entre autres des commerçants, achètent les autres produits du travail des convalescents.

Parmi les autres ateliers analogues existant en Norvège, le Dr HEITMANN cite celui de Kvæle, rattaché au Sanatorium de Vensmøen ; celui de Trendheim, pourvu de 19 places pour les femmes d'un hôpital de tuberculeux.

M. HEITMANN remarque que les ateliers où les tubercu-

leux peuvent se réadapter au travail ou apprendre un métier déterminé doivent être rattachés à un grand sanatorium, et la surveillance médicale doit être exercée par un médecin ayant les capacités nécessaires pour s'intéresser à cette importante question.

Enfin, en Tchéco-Slovaquie, il existe à Zamberk une colonie de travail fondée par M. R. LUKES, auprès du sanatorium Albertinum.

ASSISTANCE POST-SANATORIALE PROPREMENT DITE

Nous tiendrons compte pour l'assistance post-sanatoriale de la classification des convalescents de tuberculose en trois grands groupes, que nous avons définis plus haut, et nous distinguerons :

ASSISTANCE AUX MALADES DU GROUPE I

Malades reprenant leur place dans la Société sans aucune restriction.

ASSISTANCE AUX MALADES DU GROUPE II

Malades à capacité de travail partiellement réduite, d'une façon temporaire ou définitive.

ASSISTANCE AUX MALADES DU GROUPE III

Malades à capacité de travail nulle.

ASSISTANCE AUX MALADES DU GROUPE I

Nous ne parlerons pas ici des malades porteurs de pneumothorax thérapeutique qui feront l'objet d'une étude particulière.

Parmi les autres, peu nombreux, seront, à vrai dire, ceux qui auront besoin d'assistance. La plupart reprendront leur place chez leur ancien employeur et c'est là qu'il faut compter avant tout sur la bienveillance de ces derniers et celle des chefs de service, qui peuvent beaucoup pour rendre ces récupérations possibles et régulières.

Nous croyons qu'avec le concours et la sympathie des milieux administratifs, industriels et commerciaux, *qu'il faut intéresser à la cause des tuberculeux*, on peut espérer des progrès dans cette forme d'assistance pratique post-sanatoriale, qui a l'avantage de laisser à l'ancien malade, bien stabilisé et remis en bon état de santé, la possibilité de reprendre la profession qu'il connaît, soit avec le même travail, soit avec un travail ayant le plus de rapport avec ses aptitudes, même en évitant de lui confier un emploi où il risquerait d'être dangereux pour les autres.

On doit s'efforcer, et par l'expérience acquise à Bligny nous savons que c'est possible, on doit s'efforcer d'obtenir, de tous ceux qui ont employé et peuvent réemployer les malades qui ont dû quitter leur place pour entrer au sanatorium, qu'ils reprennent ces malades quand ils reviennent rétablis, en leur rendant leur emploi ou tout autre emploi reconnu plus convenable pour eux.

C'est dans cette voie que pourra utilement s'employer l'intervention et l'activité des œuvres d'assistance post-sanatoriale, notamment des dispensaires, comme aussi de la Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique, ou de toute autre organisation pouvant s'intéresser au placement des libérés de la tuberculose.

Dans les Administrations publiques, dans les Sociétés industrielles, dans les ateliers, dans les Maisons de commerce, dans les grands Magasins, dans les Banques et Etablissements de Crédit, dans les Compagnies d'assurances, dans les Compagnies de transports, Compagnies de Chemin de fer, etc..., la multiplicité et la variété des postes, des emplois et des fonctions, permet de faire un choix entre ceux de ces postes, emplois et fonctions qui peuvent, plus spécialement, convenir aux anciens malades, aux anciens pensionnaires de sanatoriums, en état de travailler.

Appliquant cette formule depuis plus de 29 ans à Bligny, M. L. GUINARD a souvent réussi et, maintenant, réussit mieux encore à obtenir des placements extrêmement heureux pour les anciens pensionnaires de ces Sanatoriums.

Certaines grandes Administrations, Compagnies de Chemin de fer, Banques, Maisons de commerce et grands Magasins, avec lesquels les sanatoriums de Bligny sont constamment en rapport, ont très bien compris tout le bien qu'ils peuvent faire en acceptant les directives qui leur sont données dans ce sens et en les appliquant.

Nous pourrions citer un grand Magasin dont la Direction, pleine de bienveillance et de sollicitude pour son personnel, non seulement a organisé méthodiquement le dépistage et les soins de ses employés tuberculeux, mais à leur sortie des sanatoriums et sous les responsabilités que le Médecin-Directeur n'hésite pas à prendre, les réadmet dans ses services, en leur réservant les emplois où ils ont le plus de chance de conserver le bénéfice de leur cure.

Après la reprise du travail, ces anciens sanatoriés sont régulièrement suivis et médicalement surveillés, de telle sorte que, à la moindre alerte, s'il s'en produit, ce qui est extrêmement rare, le nécessaire est fait pour que du repos et de nouveaux soins soient donnés.

La phobie de la tuberculose, entraîne à la reprise du travail

L'embauchage ou la reprise des tuberculeux en état de travailler par les maisons où ils auraient un emploi, rencontre trop souvent des obstacles, parmi lesquels un des plus difficiles à vaincre est la crainte de la conta-

gion qu'éprouvent, à un égal degré, patrons, employés, et camarades de travail de l'ancien sanatorié.

Il importe donc de prévenir les difficultés que provoque cette crainte de la contagion, obstacle sérieux sur lequel MM. Vos, J. MAHER, L. GUINARD, COURCOUX, etc., n'ont pas manqué d'insister en reconnaissant que cette phobie a été créée surtout par notre propagande active contre la tuberculose.

Voilà pourquoi, de même que, par une propagande apparemment justifiée, mais trop souvent mal comprise, on a réussi à faire naître, dans le public, la frayeur de la tuberculose qui s'est retournée, non seulement contre les malades, mais aussi contre les meilleurs moyens à employer dans la défense sociale et médicale contre la maladie, de même on doit maintenant s'efforcer de mettre les choses au point, en faisant savoir comment, dans quelles circonstances, on doit réellement craindre la contagion et comment il est facile de l'éviter.

Nous insistons d'autant plus sur l'influence néfaste de la tuberculophobie que, comme l'a fait remarquer M. COURCOUX, l'obstacle à la reprise d'un tuberculeux ne vient pas toujours des employeurs qui, au contraire, dans la grande majorité des cas, ayant donné aux malades les moyens de se soigner, n'attendent pour les reprendre, que l'autorisation du Médecin-Directeur de la maison de cure. L'obstacle vient, en effet, souvent du médecin des employeurs qui oppose son veto à la reprise du travail, sous prétexte que l'employé est un tuberculeux.

C'est, ajoute M. COURCOUX, une formule absolue, assez simpliste et qui, évidemment, met à l'abri de quelques soucis en se basant sur ce principe que la visite de contrôle du retour au travail doit être aussi rigoureuse que le contrôle d'entrée pour tout nouvel employé. Ceci est inadmissible, car les conditions sont très différentes dans chaque cas. Qu'on élimine à la visite d'entrée des nouveaux, tout tuberculeux ou suspect de tuberculose active, c'est, pour les médecins chargés du contrôle, un devoir absolu, mais qu'on refuse toute possibilité de reprise du travail à un sujet guéri cliniquement, dont les lésions sont inactives, et qui, depuis un temps suffisant, ne crache plus de bacilles, c'est une erreur et une injustice,

et à cet égard, nous pensons absolument comme M. COURCOUX.

A la Conférence de La Haye-Amsterdam, M. EDOUARD BRESKY a rappelé qu'en Tchéco-Slovaquie l'employeur ne peut pas renvoyer du service et doit reprendre en sa place un assuré soumis au traitement sanatorial.

Il faut protester contre les obstacles créés par la crainte irraisonnée de la tuberculose, car dans cette partie de l'assistance post-sanatoriale par la reprise du travail, il est d'une importance extrême d'obtenir le concours, la bienveillance et l'appui de tous les employeurs, en faveur des tuberculeux qui, après une cure bien faite, sont en état de reprendre complètement leur place dans la vie active.

Nous avons vu, plus haut, qu'ils sont nombreux.

Pour les malades qui ne pourront reprendre leur ancien métier, une question se pose, qui a déjà soulevé maintes discussions : doit-on orienter les malades forcés

d'abandonner leur ancien métier vers les travaux des champs ou les travaux industriels, s'exerçant dans l'atelier ?

On a longtemps donné la préférence aux premiers qui assurent la possibilité de l'existence au grand air, et, dans les rapports présentés récemment à Amsterdam, nous avons remarqué que MM. HEITMANN, COURTOIS, et HOLBRECHTS introduisent l'agriculture, l'horticulture et le jardinage dans le programme des travaux auxquels peuvent être préparés les tuberculeux. A la même Conférence, M. le Pr MORELLI a déclaré que le travail, dans les colonies annexées au sanatorium, doit être partiellement agricole, et partiellement industriel. Pour les convalescents sortis du sanatorium, il préfère d'abord la culture des fruits et spécialement des arbres à hautes futaies, puis, quand il constate une amélioration, il fait passer ces convalescents aux travaux de l'horticulture.

Par contre, des protestations se sont élevées contre ceux qui considèrent la vie aux champs comme l'idéal à atteindre pour les tuberculeux.

Dans son rapport, à la Conférence de Bruxelles, en juillet 1922, M. KIDNER est arrivé aux conclusions suivantes :

C'est une erreur de conseiller aux convalescents les travaux de plein air parce que :

1° Dans peu d'occupations de ce genre, les salaires payés peuvent suffire à un tuberculeux ;

2° Le caractère temporaire et intermittent, variable suivant les saisons, de nombre d'occupations de plein air, fait qu'elles ne peuvent convenir aux tuberculeux ;

3° L'expérience a démontré qu'il était préférable que les tuberculeux retournassent autant que possible au métier qu'ils exerçaient avant leur maladie.

Par ailleurs, on a écrit que l'idée faussement popularisée du grand air a fait le plus grand mal et que, pour résoudre la question du travail des tuberculeux, il ne faut pas se fonder sur la prétendue supériorité des champs sur l'atelier. On a dit encore que le travail de la terre exige un long apprentissage, qu'il est pénible, épuisant, et que celui qui n'en a pas la grande expérience ne sera jamais qu'un manœuvre agricole à demi-salaire. On est même allé jusqu'à vouloir démontrer que l'existence à la campagne est dangereuse.

A la Conférence d'Amsterdam, comme M. VARRIER-JONES, MM. WILLIAMS, STEWART et PATTISON ont manifesté leur préférence en faveur des travaux industriels s'exerçant en atelier.

Pour M. Vos, rapporteur principal, la question de savoir si l'on peut comprendre l'agriculture et l'horticulture parmi les occupations qui conviennent aux tuberculeux, dépend de facteurs qui ne sont pas identiques dans tous les pays, ce qui nous paraît très exact.

S'il est manifeste que l'on ne doit pas, sous le prétexte de le faire vivre au grand air et à la campagne, conseiller à un convalescent de tuberculose les travaux de grosse culture, qui demandent un effort physique souvent considérable et d'une grande continuité, nous croyons par contre que, dans l'horticulture maraîchère ou florale, dans le jardinage, dans l'élevage des animaux

de basse-cour, tous travaux moins pénibles, on peut trouver des occupations convenables pour les malades sortant du sanatorium, *particulièrement pour ceux d'entre eux qui n'ont pas fait d'apprentissage et ne sont pas encore adaptés à une profession exercée antérieurement.*

M. L. GUINARD a pu le constater, depuis plus de 12 ans, en suivant comme médecin les pensionnaires de la Colonie franco-britannique de Sillery, colonie où l'on ne reçoit pas, il est vrai, de tuberculeux avérés, mais où les pensionnaires, pour la plupart de santé délicate, et de constitution fragile, reprennent santé et vigueur, s'orientent vers la petite culture ou le jardinage et trouvent, à leur sortie, une place qui leur permet de gagner leur vie. Chez aucun de ces anciens pensionnaires de Sillery, il ne s'est déclaré, à notre connaissance, de tuberculose évolutive.

Les avantages que nous reconnaissons aux travaux de la campagne, petite culture, horticulture, jardinage, etc., s'expliquent, à notre point de vue, par la plus grande facilité matérielle et financière, avec laquelle on peut les organiser dans les établissements de cure ou leurs annexes de travail, par les bonnes conditions dans lesquelles ces professions de grand air peuvent s'exercer sous les différents climats, particulièrement en France, enfin par la nécessité d'enrayer l'exode rural vers les villes, en ramenant aux champs et à la terre ceux qui, de plus en plus, les abandonnent au détriment de leur santé et des intérêts généraux agricoles du pays.

Si, pour certains malades, en raison de leur adapta-

tion première à un métier industriel et de leurs aptitudes individuelles, *dont il faut tenir compte*, les travaux des champs ou des jardins ne semblent pas convenir, il est beaucoup d'autres professions et petites industries vers lesquelles on doit les orienter et qu'ils peuvent exercer en milieu rural, après préparation en sanatorium, ou dans son annexe de travail.

Il y a, cependant, des tuberculeux à fin de cure et en état de reprendre du travail, qui ne peuvent aisément, ni changer de métier, ni songer à quitter la ville où ils l'exercent, pour s'installer à la campagne. Ce sont d'une façon générale, tous ceux qui n'entrent pas dans la catégorie des travailleurs manuels : employés d'Administration, employés de bureaux, de Banques, de Grands Magasins, de Maisons de commerce ou d'affaires, etc., dont les occupations habituelles, les aptitudes et le genre de vie sont peu favorables à une orientation nouvelle vers des professions exigeant un apprentissage d'ouvrier, d'horticulteur, ou d'éleveur.

Pour ces malades, auxquels on peut rattacher le groupe des intellectuels, la réadaptation au travail exige des conditions très spéciales, en rapport avec leurs aptitudes professionnelles et avec ce qu'ils pourront seulement faire au moment de leur retour dans la vie commune.

Beaucoup d'entre eux peuvent et doivent revenir au métier primitif, mais à la condition que certaines facilités leur soient accordées, surtout au début, pour la reprise très progressive du travail et pour le choix du milieu et des occupations qui leur conviennent le mieux,

C'est là, comme nous l'avons vu, qu'il faut compter avant tout sur la bienveillance des employeurs et des chefs de service qui peuvent beaucoup pour rendre ces récupérations possibles et régulières.

Bureaux de placement pour tuberculeux

Il est évident que tous les malades, ou du moins la grande majorité de ceux qui ne retourneront pas chez leurs anciens employeurs, auront de grosses difficultés à retrouver du travail. Pour ces anciens malades, il existe dans certains pays, en Angleterre, en Hollande, aux Etats-Unis, des bureaux de placement ; mais ces placements, déjà difficiles en temps normal, rencontrent des difficultés considérables en temps de crise économique comme celle qui sévit actuellement et dont on n'entrevoit pas encore l'issue. Non seulement les places et les emplois pour diminués physiques sont peu nombreux, mais les employeurs, les commerçants, les industriels, etc., etc., acceptent mal les restrictions et les ménagements dans le travail, et refusent, la plupart du temps, de prendre des travailleurs à demi-rendement. A cela s'ajoute, comme nous l'avons vu, la crainte de la contagion qui finit par l'emporter et par motiver le refus des patrons, qui, d'abord, manifestaient les meilleures intentions en faveur des convalescents qu'on leur proposait de reprendre ou d'embaucher.

Voici, d'après le rapport de M. E. BURNET, comment, pendant, trois ans a fonctionné à New-York un bureau

de placement spécial subventionné par la Fondation Laura Spelman Rockefeller.

La dépense totale a été de 65.865 dollars ; 676 malades se sont présentés. Pour 1/3 d'entre eux, il a été impossible de trouver du travail ; 2/3 ont travaillé les 7/10 du temps pendant lequel on a pu les garder en observation comme candidats au travail. 5% de ceux qui gagnaient avant leur maladie plus de 40 dollars par semaine ont pu retrouver un salaire équivalent. 23 % de ceux qui gagnaient moins de 20 dollars ont retrouvé un salaire de plus de 20 dollars. Ceux qui ont pu être placés ont reçu de meilleurs emplois que s'ils avaient été réduits à leurs propres moyens.

On a mis fin à l'expérience parce qu'elle coûtait trop cher et on a conclu qu'il n'était pas nécessaire de créer des bureaux de placement spéciaux. Enfin, et nous retenons ce fait, l'Œuvre de placement a été transmise au Bureau Central de placement des diminués physiques qui s'occupera des tuberculeux comme des autres convalescents, malades ou invalides.

D'après l'essai que nous venons de citer, il ne semble pas qu'il y ait lieu de compter beaucoup sur les services de bureaux spéciaux de placement pour tuberculeux, où il est peu probable que les employeurs et les patrons viendront spontanément chercher les ouvriers et employés dont ils auront besoin.

Ces organismes ne pourraient se concevoir que comme des centres où s'inscriraient les convalescents, les anciens sanatoriés et tuberculeux en état de travailler, à la recherche d'un emploi et pour lesquels les bu-

reaux se chargeraient de trouver cet emploi en acceptant de faire surveiller médicalement ceux qu'ils placeraient.

Dans son rapport à Amsterdam, M. BLANCO conçoit le bureau de placement, fonctionnant en liaison étroite avec les dispensaires, eux-mêmes renseignés sur l'état des malades par les sanatoriums d'où il sortent.

A la conférence d'Amsterdam également, MM. COURTOIS et HOLBRECHTS ont émis le vœu suivant : les bureaux doivent fonctionner avec l'aide des visiteuses, entre les employeurs et les malades, et on doit intéresser à leur fonctionnement les chefs d'industrie, les hommes politiques, et particulièrement ceux que préoccupent les questions du travail.

En fait, la tâche essentielle qui incombe à ceux qui veulent bien s'occuper du placement des tuberculeux est de trouver des patrons qui consentent à accepter les ouvriers et les employés de cette catégorie, en leur réservant du travail en rapport avec leur état, et dans de bonnes conditions d'hygiène.

Mais, pour cela, il faut compter sur les organisations antituberculeuses existantes, plutôt que sur des organismes nouveaux fonctionnant comme bureaux de placement spéciaux, et voici ce que M. L. GUINARD proposait à la conférence de Bruxelles, le 13 juillet 1922.

Sans perdre du temps à songer à des créations nouvelles, tel qu'un office central de travail, avec sous-comités locaux et bureaux de placement spéciaux, nous pensons qu'il suffirait de se servir des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse qui, mieux que toute

organisation, pourraient intervenir très efficacement pour aider au placement des convalescents et des chroniques.

Etant déjà organisé pour la surveillance sociale des familles et des malades qu'il a en charge, ou reprend en charge à leur sortie des sanatoriums, le Dispensaire avec ses visiteuses, dont une pourrait être spécialement chargée de ce service, avec les relations qu'il peut se faire dans tous les milieux, n'a pas besoin d'élargir beaucoup son cadre pour satisfaire à ce devoir social.

Assister les malades en les aidant à trouver un travail convenable, les diriger, s'il y a lieu et possibilité, sur un établissement de réadaptation au travail, les suivre et les surveiller pendant qu'ils travaillent, nous paraissent des services sociaux qui rentrent dans les attributions des dispensaires, et où ces dispensaires doivent réussir beaucoup mieux que des bureaux de placement.

Prononcées il y a plus de dix ans, ces paroles n'ont rien perdu de leur actualité et de leur opportunité. Il était bon qu'elles fussent rappelées.

*
* *

On pourrait trouver encore un concours précieux dans des œuvres privées, organisées comme celle dont nous tenons à parler avant de quitter la question du placement des tuberculeux.

Il s'agit d'une association fondée à Paris en 1929 par une personne de grand cœur et d'un dévouement admirable, Mlle SUZANNE FOUCHÉ, qui s'est donné la belle tâche de venir en aide à tous ceux, enfants et adultes, qui, en raison de leur constitution ou à la suite de maladies, y compris et surtout la tuberculose sous toutes

ses formes, sont dans un état d'infériorité physique exigeant des soins particuliers et une éducation spéciale pour s'adapter au travail.

Cette association, dénommée : « Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique » est présidée par M. Justin Godard. Nous avons pris connaissance de ses statuts et de ses comptes-rendus, et il nous reste l'impression que, malgré le programme extrêmement vaste qu'elle s'est imposé, cette Ligue représente un foyer de solidarité remarquable qui pourra rendre des services précieux, notamment en ce qui concerne la liaison des efforts et surtout le placement judicieux des anciens malades, en prenant contact avec tous les employeurs, les maisons de commerce, sociétés, compagnies, groupes industriels, etc., susceptibles de disposer de places pour ces travailleurs.

Un centre de placement dépendant d'une œuvre privée, fonctionnant en marge des dispensaires, rendrait certainement des services s'il pouvait être organisé et centralisé par une association bienfaisante, comme la Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique.

Les associations amicales de malades et anciens malades de sanatoriums

Parmi les moyens qui, pour une part, peuvent intervenir dans l'assistance post-sanatoriale, nous devons rappeler un des éléments de cette assistance qui mérite d'être classé parmi les plus intéressants, et dont, depuis

28 ans, on a pu apprécier la valeur aux sanatoriums de Bligny.

C'est l'entr'aide que les pensionnaires et anciens pensionnaires de sanatorium trouvent dans une association amicale les unissant tous dans un même esprit de camaraderie et de mutuelle solidarité.

L'amicale des pensionnaires et anciens pensionnaires de Bligny, la première du genre, fondée par M. Louis GUINARD, avec un groupe de ses malades, et dont le président, depuis 1904, est toujours M. YVES LE GUITTON, mérite d'autant plus une mention spéciale, qu'en plus des services qu'elle a rendus et rend encore, surtout en ces temps difficiles, elle a servi et sert de modèle à d'autres associations, qui, dans le même esprit, ont été créées et vont se créer dans d'autres sanatoriums.

Le but à atteindre et qui a été atteint par cette association, est défini par les termes suivants empruntés à ses statuts :

1° Etablir entre tous ses membres, un centre de relations amicales et d'assistance ;

2° Venir en aide aux sociétaires et à leur famille dans le besoin ;

3° Mettre des « *bourses de santé* » temporaires à la disposition des pensionnaires nouvellement sortis et dans une situation difficile ;

4° Procurer un emploi *dans la mesure du possible*, aux pensionnaires sortant des sanatoriums.

Malgré la période de guerre, de 1914 à 1918, qui a laissé un creux et des pertes dans le recrutement et les effectifs, l'Amicale de Bligny compte, actuellement, près

de 3500 membres ; son capital social, d'après le dernier bilan, est sur le point d'atteindre 110.000 francs. En bourses de santé et en secours, elle distribue, chaque année, environ 12.000 francs, exactement 11.722 francs, en 1931, et, par son intervention, sous différentes formes, elle apporte d'utiles secours à ses adhérents.

Si la cotisation demandée aux membres participants n'est que de 5 francs par an, il est remarquable de constater que presque tous ceux d'entre les anciens et anciennes pensionnaires qui, ayant retrouvé de belles situations, ont la bonne fortune de gagner largement leur vie, ne s'en tiennent pas au chiffre modeste fixé par les statuts ; ils pensent à leurs camarades moins heureux et font, annuellement, des dons généreux qui atteignent 50, 100, et même 200 francs.

A ces ressources provenant des cotisations, s'ajoutent souvent d'autres dons faits par des personnes qui veulent bien s'intéresser aux efforts et à l'Œuvre bienfaisante de l'Amicale.

Nous avons cité ces faits à titre d'exemple et pour montrer l'utilité d'une association d'anciens malades telle qu'elle a été conçue et réalisée, pour la première fois, à Bligny.

ASSISTANCE
PAR L'ORGANISATION DU TRAVAIL
POUR LES MALADES DU GROUPE II

Dans ce qui va suivre, il sera traité des organisations plus spécialement destinées aux malades à capacité réduite et pour lesquels il y a lieu de prévoir une assistance temporaire ou permanente.

C'est le problème le plus difficile à résoudre, car les moyens proposés pour assurer cette assistance rencontrent des obstacles nombreux parmi lesquels les dépenses considérables à prévoir tiennent une place qu'il est impossible de négliger.

Ces moyens peuvent être divisés en deux groupes :

1° Les *établissements et ateliers de travail* créés par des administrations publiques, des Dispensaires, des Comités d'assistance, des particuliers, où peuvent être placés et suivis les malades sortis des centres de traitement;

2° Les *colonies pour tuberculeux*, cités sanitaires, et villages de tuberculeux, où les malades et parfois leur famille peuvent être admis et conservés avec des moyens de travail en rapport avec leur résistance et leurs aptitudes professionnelles.

1^o Etablissements et ateliers de travail

Les ateliers organisés spécialement pour les tuberculeux ont pour but de les grouper et de les utiliser dans des centres de travail où, tout en gagnant leur vie, ils peuvent être surveillés et bénéficier d'avantages spéciaux d'hygiène, de régime et de repos en rapport avec leur état.

Ce mode d'assistance post-sanatoriale et d'utilisation des malades les laisse à proximité de leur résidence ou de leur domicile familial, où ils peuvent être suivis par les médecins et surveillés par les visiteuses d'hygiène.

Le but essentiel que poursuivent les ateliers spéciaux de travail pour tuberculeux est de fournir à ces malades, dont la valeur productive est réduite, le moyen de travailler suivant leur aptitude et leur résistance, dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, avec un minimum de risques pour eux comme pour les autres. La création d'ateliers pour tuberculeux peut être une œuvre des plus utiles, mais sa réalisation, surtout dans les temps actuels, n'apparaît pas facile.

C'est plus particulièrement aux Etats-Unis et en Angleterre que l'on a mis en pratique ce mode particulier d'assistance, qui est aussi employé en Suisse, dans les Pays-Bas, en Italie.

A titre de simple exemple, nous citerons comme type d'ateliers pour tuberculeux : aux Etats-Unis une fabrique de vêtements qui utilise le travail des convalescents sortant des sanatoriums, d'après une échelle graduée conformément aux résultats de l'examen clinique.

À New-York le Comité d'assistance aux Israélites tuberculeux a créé deux ateliers qui fonctionnent sous le nom de « Altro Manufacturing Company », où, sous une direction commerciale avertie, on confectionne des vêtements et des blouses d'hôpital qui, après stérilisation, sont livrés, dans des enveloppes cachetées, aux hôpitaux et aux médecins.

Il paraît que si l'atelier « Altro » a donné de bons résultats médicaux pour la convalescence avec travail, ses résultats sociaux ont été insuffisants et ont démontré qu'on ne pouvait pas compter sur ces œuvres pour donner des emplois et des salaires réguliers aux tuberculeux et anciens malades de sanatoriums.

En Angleterre on cite l'atelier de Leeds, l'atelier « Spero » (travail du cuir). D'après ce que rapporte M. BRUNET, les résultats médicaux de ce dernier atelier ont été bons, tandis que les résultats économiques ont été particulièrement mauvais. L'apprentissage était long, le travail lent ; l'entreprise ne pouvait se maintenir que par de grosses commandes que les tuberculeux ne parvenaient pas à exécuter.

Nous croyons intéressant de parler ici d'une création qui se rattache à ce mode d'assistance et qui a été réalisée il y a deux ans, à Hauteville, par un groupe de malades et anciens malades de cette station.

Sous la forme d'une Association Amicale, un Foyer a été fondé, qui a réussi à ouvrir une permanence, une bibliothèque avec une équipe bénévole de malades valides, chargés de visiter les alités et de leur porter des

livres à domicile, enfin un cercle d'étude réunissant les étudiants en Droit de la station.

Mais l'organisation la plus intéressante est celle d'une entr'aide par le travail féminin à domicile. Le Foyer centralise les commandes provenant de la clientèle riche et aisée de la station et distribue le travail aux ouvrières, anciennes malades, en état de faire de la lingerie, de la broderie, du tricot, du raccommodage et autres ouvrages manuels. Les ouvrières sont payées d'après la durée de leur travail et trouvent ainsi le moyen de se procurer des ressources dans la mesure de leurs forces.

M. L. VEUILLOT, un des fondateurs de ce Foyer, a bien voulu nous documenter sur ce qui a été fait en remarquant qu'une telle œuvre, dans ses débuts, est forcément déficitaire et qu'il lui faut trouver des débouchés pour l'écoulement des travaux exécutés.

Jusqu'à ces derniers temps, les ouvrières, disséminées dans les pensions du pays, travaillaient à domicile, mais un progrès important vient d'être apporté à cette situation. Dans un rapport de Mlle SUZANNE FOUCHÉ qui s'est intéressée à cette fondation, nous avons vu que l'Administration du Sanatorium Mangini a offert à l'Amicale des malades de la station d'Hauteville, la jouissance d'un immeuble où une trentaine de jeunes filles vont pouvoir achever leur cure en gagnant tout ou partie de leur pension. Elles paieront 18 francs par jour, et, d'après les débouchés acquis, elles récupéreront, par leur travail, de 12 à 20 francs.

La belle initiative prise par les fondateurs du Foyer d'Hauteville méritait d'être citée.

En vue de provoquer la création et l'extension des ateliers de travail, urbains ou suburbains pour tuberculeux, la III^e Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose, a adopté, en juillet 1922, le vœu suivant qui lui fut soumis par M. VAUDREMER :

« La III^e Conférence Internationale contre la Tuberculose émet le vœu que, dans chaque quartier de grande ville soit créé un groupement industriel dans lequel un outillage nécessaire à chaque corps de métier sera rassemblé pour que les tuberculeux puissent y travailler sous la direction du médecin du Dispensaire où ils seront inscrits. »

Ainsi formulé, ce programme était beaucoup trop vaste et certainement trop onéreux pour pouvoir être réalisé, aussi le vœu de M. VAUDREMER est-il, pratiquement, resté sans effet.

Cependant, il ne serait peut-être pas impossible de trouver dans les villes d'une certaine importance, des ateliers que l'on pourrait aménager spécialement en vue d'y employer des tuberculeux en état de travailler, mais il faudrait, aussi, que ces ateliers fussent en liaison avec des maisons de commerce et des magasins susceptibles d'assurer l'écoulement et la vente de leurs produits, car il y a là un autre problème particulièrement difficile à résoudre.

M. le Pr MORELLI, de Rome, a annoncé que l'Italie était entrée dans la voie des réalisations en consacrant des crédits importants à la construction de 20.000 lits de sanatoriums à répartir dans les différentes provinces, soit dans la plaine, soit en montagne, et à la construc-

tion de 3000 lits dans des colonies post-sanatoriales.

M. MORELLI a été chargé de la surveillance de ces créations où seront intimement associés les sanatoriums et les colonies de travail.

D'après lui, non seulement ces colonies n'entraîneront pas de frais supplémentaires exagérés, mais elles diminueront les frais d'entretien des tuberculeux, en permettant d'abréger la durée du séjour dans le sanatorium, beaucoup plus coûteux que la colonie.

Les colonies en voie de création seront mi-partie agricoles, mi-partie industrielles, et on y produira tout ce qui peut être nécessaire à l'aménagement et à l'entretien des sanatoriums auxquels elles seront annexées.

De cette manière, la grosse et difficile question de l'écoulement des produits fabriqués par les malades sera résolue. Cette œuvre remarquable n'a pu être entreprise que grâce aux crédits alloués par le Gouvernement italien, et à la Loi d'Assurances sociales, qui a permis de les réunir, car l'assistance post-sanatoriale est inscrite dans cette Loi.

A propos des ateliers industriels pour tuberculeux, M. Vos, dans son rapport à Amsterdam, a fait ressortir un certain nombre de remarques qui, au point de vue de la réalisation pratique, doivent être examinées et prises en considération :

Il faut choisir une industrie qui permette des débouchés faciles et des prix de revient laissant une marge suffisante pour boucler le budget de l'atelier, et, dans cet ordre d'idée, la fabrication des articles de luxe, par

leur prix de vente élevé, serait à envisager en premier lieu.

On peut d'ailleurs avantageusement employer les machines modernes et moyens mécaniques spécialisés, qui donnent moins de travail aux malades et permettent d'abaisser le prix de revient. En fait, la réussite de l'atelier dépend surtout de son chef et c'est là l'œuvre d'un technicien plus que d'un médecin.

Deux choses sont à éviter :

1° Les places, forcément restreintes dans les ateliers, ne doivent pas être occupées indéfiniment par des malades pouvant reprendre leur travail et ne désirant pas s'en aller à cause du chômage ;

2° Les divers ateliers ne doivent pas se faire concurrence et dans ce but une organisation centralisée est nécessaire, qui permettrait également aux nouveaux ateliers de profiter de l'expérience des anciens. Des incidents ont eu lieu, en effet, des ateliers de diminués physiques non tuberculeux ayant vendu moins cher les mêmes produits.

L'écoulement des produits fabriqués a soulevé de sérieux problèmes, certains ateliers n'ayant pu vendre leurs produits et ayant eu, de ce fait, de grandes difficultés à subsister. Différentes méthodes ont été employées pour la vente (de porte en porte, à des particuliers, en expositions, aux marchands de gros, et en loteries), avec des résultats variables.

Il faut surtout constituer des Comités locaux d'assistance qui seront chargés de placer les malades, et, à défaut, les Dispensaires, par leurs infirmières-visiteuses,

pourraient s'en charger. D'ailleurs, un atelier pourrait très bien être rattaché à un Dispensaire.

Ces ateliers, en principe, ne peuvent se suffire à eux-mêmes et ont besoin d'aide (particuliers ou Etat), comme cela se produit en Angleterre et ailleurs.

Il ne faut surtout pas en faire des œuvres philanthropiques dont les produits seraient achetés par pitié. Dans tous les cas, il n'apparaît point que les ateliers urbains puissent diminuer sensiblement le chiffre des tuberculeux sans travail, à moins que les autorités locales ne soient disposées à accorder des subsides considérables.

2° Colonies, cités sanitaires et villages de tuberculeux

Les organisations qui entrent dans ce groupe s'adressent à tous les tuberculeux, auxquels elles assurent des soins dans les limites où ils sont nécessaires ; qu'elles soumettent ensuite au travail à titre éducatif et préparatoire pour la reprise d'une vie active ; qu'elles peuvent enfin conserver définitivement, soit en colonies de travail pour célibataires, soit en les installant avec leur famille, dans des villas indépendantes hygiéniquement aménagées, ayant chacune un petit jardin et dont l'ensemble constitue un village, une petite cité de tuberculeux.

Il s'agit, par conséquent, d'établissements mixtes d'assistance hospitalière, sanatoriale, et post-sanatoriale, de colonies permanentes pour malades chroniques et incurables, comprenant dans leur organisation : un hôpi-

tal-sanatorium, un sanatorium, des ateliers de travail industriel, une annexe agricole, des logements en pavillons pour célibataires et des logements en villas familiales où les malades peuvent s'installer avec leur famille.

Les organisations de ce genre sont encore peu nombreuses, le prototype, créé par M. VARRIER-JONES, se trouve à Papworth, près Cambridge, en Angleterre, où il a servi de modèle aux colonies de Bourne et de Preston-Hall.

L'idée, d'ailleurs, n'est pas neuve, car, déjà en 1910, M. H. G. RICHTER, architecte, a dressé les plans et préparé un projet de village sanitaire qui comprenait des ateliers pour les hommes et des ateliers pour les femmes avec les aménagements et les dispositions d'une petite cité.

Papworth

Papworth, qui mérite une mention spéciale, a, aujourd'hui, une réputation mondiale, et, parmi ceux qui ont recherché et recherchent la solution du problème de l'assistance post-sanatoriale, M. VARRIER-JONES, son fondateur, a acquis une place de tout premier rang, justement méritée par la volonté agissante, l'intelligence, l'esprit de suite, et le dévouement qu'il a dépensés pour réaliser une œuvre médico-sociale qui n'a pas encore son égale.

Bien qu'en maintes publications françaises et étrangères, on ait parlé avec détails de Papworth et de l'œuvre de M. VARRIER-JONES, nous croyons utile de rappeler, sommairement, son organisation, d'après le

compte-rendu de la visite qu'y a faite M. LOUIS GUINARD, en juillet 1922.

On pourra, d'ailleurs, trouver encore une excellente description de cette belle œuvre dans l'article publié par M. le Pr LÉON BERNARD, dans la *Presse médicale* du 21 octobre 1922.

Papworth est une grande et belle propriété de 140 hectares, sur laquelle on a installé : un hôpital-sanatorium pour grands malades, un sanatorium pour tuberculeux curables ou améliorables, une colonie agricole et industrielle permanente et une cité pour familles de tuberculeux.

Dans l'hôpital-sanatorium installé dans un bâtiment central, on reçoit tous les malades ; dès leur arrivée, on les met en observation pendant huit jours au lit, et, suivant leur état, on les répartit ensuite dans les sections qui leur conviennent.

Les malades en évolution, atteints de formes graves, restent à l'hôpital-sanatorium ; les améliorables porteurs de foyers peu actifs, font une cure de repos au sanatorium, puis sont dirigés sur les services d'entraînement où, suivant leur état et leur résistance, ils sont soumis à un travail progressivement renforcé.

Les sujets non bacillaires, les plus aptes au travail, ne restent à la Colonie que le temps nécessaire à leur cure et à leur préparation à la reprise d'une vie normale. Les bacillaires, ceux qui, pour le présent comme pour l'avenir, paraissent avoir une capacité de travail définitivement réduite, peuvent rester à la colonie autant

qu'ils le veulent, dans des pavillons en baraquements ou dans l'une des habitations familiales.

En effet, après six mois passés dans les sections d'entraînement, on propose au malade incurable, marié, de s'installer avec sa famille dans l'un des cottages de la cité de tuberculeux, à proximité de son travail ; là, sous la surveillance immédiate des médecins de la colonie, il peut organiser sa vie familiale avec le minimum de danger d'aggravation pour lui et de contamination pour les autres.

Dans le bâtiment central, dans les baraquements, dans les kiosques individuels et dans la cité familiale, Papworth compte plus de 500 places, ce qui représente un nombre imposant d'individus ainsi placés, à la campagne, avec la possibilité d'y vivre en travaillant dans les limites de leurs aptitudes et de leur résistance.

En visitant la Colonie, on est frappé de voir disséminés dans un grand parc, des petits châlets ou kiosques en bois, tous séparés les uns des autres, ayant des dimensions intérieures juste suffisantes pour recevoir une couchette, une petite table et une chaise. Les parois de ces kiosques sont mobiles et peuvent s'ouvrir d'un côté ou de l'autre, suivant l'insolation, le sens du vent ou de la pluie.

Chaque kiosque dispose d'une sonnerie d'appel communiquant avec un grand baraquement central où sont installés les services généraux : lavabos, cuisine, salle à manger, salles de distractions, billard et infirmerie, etc.

Ce système de châlet individuel est un moyen d'augmenter facilement le nombre des places dans le sanato-

rium. Mais, si, comme on nous l'a dit, les malades anglais paraissent s'en accommoder facilement, nous ne savons pas s'il en serait de même avec nos tuberculeux français. De plus, la discipline n'est pas facile à assurer et, pendant les mauvaises saisons, il n'y a aucun moyen de protection contre le froid et l'humidité.

A Papworth, on use au maximum de l'aération ; on trouve, par exemple, des malades couchés, dont les lits, portés au dehors, sont installés en rayons autour des arbres où ils passent le jour et la nuit.

A part les malades condamnés au repos, dans les services de l'hôpital-sanatorium et du sanatorium, les individus en état de travailler sont placés dans des ateliers où on leur confie divers ouvrages de petite industrie, car on pense, à Papworth, que tout travail stérile manque, à tous égards, d'intérêt et doit être abandonné.

La Colonie est en partie agricole, surtout industrielle et l'organisation des ateliers est telle que les gains qui y sont réalisés doivent permettre de couvrir en partie les frais, en rémunérant convenablement les travailleurs. Le déficit de production doit être couvert par l'Administration et l'Etat. A Papworth, on ne fait que la petite culture et du petit élevage, mais beaucoup d'industries y sont représentées, notamment : fabriques d'étiquettes, de pancartes-annonces, imprimerie, ébénisterie, menuiserie avec ateliers mécaniques, petite charpente, constructions de châlets et kiosques, de jardins, fabrique de malles, valises, articles de voyage, cordonnerie, etc.

Les travaux sont dirigés, dans chaque atelier, par des contre-maîtres, eux-mêmes anciens malades qui, servant

en même temps de moniteurs, règlent le travail de leurs ouvriers d'après leur état de santé et leur résistance.

L'écoulement des produits et articles manufacturés est assuré par des marchés et accords passés avec des maisons de commerce et grands magasins de Londres, aussi les affaires de la Colonie sont-elles des plus prospères.

En somme Papworth est une organisation qui satisfait à la plupart des besoins de l'assistance aux tuberculeux. Autour du sanatorium, établissement de cure et de contrôle médical d'où tout part et où tout converge, on trouve la colonie temporaire, agricole et industrielle, la colonie mixte permanente, les cottages familiaux et la cité de tuberculeux ; enfin l'hôpital-sanatorium qui recueille les grands malades et les phthisiques avancés et leur assure un asile jusqu'à leur dernier jour.

A part certaines installations et des méthodes de soins modifiables et adaptables, suivant les mœurs et coutumes de chaque pays, Papworth réalise un type d'organisation antituberculeuse, thérapeutique, prophylactique et sociale, qui nous paraît intéressant, car il répond à la plupart des exigences auxquelles on doit satisfaire pour soigner les malades, les remettre en état de reprendre leur place dans la collectivité, préserver les familles, assister par le travail et utiliser avec le minimum de risques les tuberculeux incurables.

D'après M. VARRIER-JONES, le principe de Papworth est l'isolement volontaire qui exige de l'habitant de la colonie la mentalité particulière d'un ermite vivant en famille. De son côté, le Directeur doit être, à la fois, bon

médecin, organisateur éclairé et commerçant au courant des affaires.

Comme le remarque M. ETIENNE BURNET, au point de vue médecine, Papworth est une réussite. La vie familiale et professionnelle du tuberculeux n'est pas brisée et s'écoule sous une surveillance médicale constante.

Détail important, et qui marque une différence essentielle entre la formule de Papworth et celle de la cité sanitaire en voie de création en France, c'est que les fondateurs anglais déclarent que la colonie ne peut être conçue séparée de l'hôpital-sanatorium et du sanatorium et que l'idée de créer une industrie qui, avec des ouvriers tuberculeux, se suffirait, est une illusion.

Comme les ateliers de travail dont il est question plus haut, les villages sanitaires anglais, Papworth et Preston Hall, ne marchent qu'avec des déficits.

Par conséquent, si l'idée médicale de ces colonies ou cités de tuberculeux, est des plus heureuses, si leur organisation est bonne, par contre leur base économique manque de stabilité et, soit pour la création, soit pour le fonctionnement, se présente avec des prévisions de dépenses considérables.

Nous admirons la belle œuvre de M. VARRIER JONES, et, pour ajouter à tout ce que nous venons d'en dire, nous croyons pouvoir reproduire, en son texte, la terminaison de l'article de M. le Professeur LÉON BERNARD que nous avons rappelé plus haut :

« A coup sûr, je crois que cette institution réalise la formule du relèvement moral et social des tuberculeux. Cette

formule, le village des tuberculeux, qui ne l'a caressée ? Elle a été bien souvent, déjà, envisagée, ébauchée même.

A Papworth, cette conception prospère dans la vie réelle. Qui, dans notre pays, à côté des institutions dont le développement est si satisfaisant, qui élèvera le village des tuberculeux ? Qui dotera la France d'un Papworth, de plusieurs Papworth ? ».

C'est, en effet, un idéal souhaitable, mais un idéal très difficile à atteindre.

En effet, la principale et impérieuse objection que l'on oppose à ces institutions est d'ordre économique.

D'autre part, le Docteur HARLEY WILLIAMS a fait remarquer que les villages sanitaires, même les mieux organisés, n'emploient qu'une proportion limitée des malades sortant des sanatoriums, 6, 9 %, sur une période de 10 ans, à Papworth, 14,2 % sur une période de 3 ans à Preston-Hall.

Mais c'est incontestablement la question financière qui est l'obstacle le plus sérieux à la généralisation de cette formule et l'on ne peut pas la négliger. C'est elle qui limite l'extension des bienfaits de Papworth dont, comme l'a dit M VARRIER-JONES « la capacité d'absorption est entièrement subordonnée à son compte en banque ».

Si Papworth a, cependant, remporté de beaux succès dans la solution du problème économique des tuberculeux, M. Varrier-Jones déclare que cela n'est pas dû aux capacités financières exceptionnelles qu'on lui attribue, mais au fait qu'il a seulement exploité les capacités, le zèle et l'adresse des malades. Ceux-ci ont résolu

eux-mêmes leur problème économique, et ce qu'ils ont fait est également faisable pour d'autres tuberculeux, dans d'autres pays.

Nous ne croyons pas que cette dernière opinion soit exacte, car suivant les nations et les peuples, le caractère, les habitudes, les mœurs, etc., sont infiniment variables et différents.

L'objection d'ordre financier que l'on oppose à l'emploi des villages de tuberculeux a été mise en évidence et soulevée par plusieurs auteurs, notamment par MM. VOS, C. LOLLINI et A. CAMPANI, LOUIS GUINARD, BLANCO, KARL BLÜMEL, etc.

D'après M. VOS, les sacrifices financiers à prévoir et qu'exigent de telles organisations sont considérables, trop réels et trop évidents; il est difficile d'admettre, surtout en ces temps de crise, qu'il sera possible de les consentir, de les couvrir et que l'on réussira aussi bien que M. VARRIER-JONES.

Si l'on devait accepter des propositions et directives de cet auteur, il faudrait créer des centaines de colonies industrielles et affronter toutes les difficultés, les accepter toutes, y compris celles qui dépendent des difficultés économiques.

C'est également l'opinion de M. KARL BLÜMEL pour qui l'extension des colonies paraît impossible à l'heure actuelle, pour des raisons économiques et sociales.

La cité sanitaire de Salagnac.

Un projet de ce genre est, cependant, en voie d'achèvement en France.

Prochainement doit s'ouvrir la cité sanitaire pour tuberculeux de Salagnac (Dordogne) créée par la Fédération des Blessés du poumon.

Cette cité, après réalisation complète du programme en cours d'exécution, contiendra 3.000 habitants. Elle disposera de logements complets en villas jumelées, pour 600 familles, et 150 célibataires auront la possibilité de s'installer dans un pavillon-hôtel aménagé à leur intention. Elle comprendra aussi des ateliers mécaniques pour travaux d'imprimerie, maroquinerie, menuiserie, ébénisterie, vannerie, etc..., un groupe agricole pour culture maraîchère et élevage des animaux. On y trouvera des garages industriels, des coopératives de consommation, des magasins généraux et des magasins de vente; des bâtiments affectés à l'administration, au commerce, à l'hygiène sociale et trois groupes scolaires.

Il y aura une organisation médico-sociale avec dispensaire, hôpital, service familial et tout ce qui se rapporte aux soins de l'enfance. Enfin, des squares, jardins publics, terrains de jeux, salle de fêtes, théâtre, cinéma de 1.500 places, compléteront cet ensemble où sera réalisée l'organisation hygiénique d'une petite ville.

Pour la création de cette cité, un crédit de 60 millions voté par les Chambres, augmenté de 22 millions attribués par le Ministère de la Santé, a été mis à la disposition de ses promoteurs dont la confiance dans le succès et le bon fonctionnement de leur entreprise, repose sur les bénéfices à attendre du travail des habitants qui, détail à noter, doivent être des réformés à 100 %, jouis-

sant chacun, annuellement, d'une pension et d'une indemnité de soins, leur assurant, au total, une vingtaine de mille francs.

Ce sont là des conditions très particulières qui, probablement, ne se rencontreront pas souvent, pour renouveler un pareil effort.

Une autre question se pose, d'ailleurs, en ce qui concerne les habitants du village sanitaire de Salagnac. Chacun de ces habitants étant pourvu, comme nous venons de le voir, de pensions leur permettant de vivre sans rien faire, l'indemnité spéciale de soins de 10.000 francs leur étant, de plus, assurée à cette condition, peut-on compter beaucoup sur les bénéfices à tirer de leur travail ?

Cette création d'une cité sanitaire pour tuberculeux qui a pu être entreprise grâce aux crédits exceptionnels accordés par l'Etat, représente un effort considérable qui mérite d'être suivi avec le plus grand intérêt.

Nous avons pu, récemment, parcourir les étapes de cette réalisation, dans un fascicule richement illustré, qu'a fait paraître la Fédération des Blessés du poumon, et ainsi nous nous sommes rendu compte de l'importance d'une œuvre qui, inspirée de Papworth, ne correspond pas, cependant, à la formule conçue et réalisée par M. VARRIER-JONES.

Sous la direction du Dr HAZEMANN, qui fut un des animateurs de la création, on peut espérer que les lourds sacrifices consentis conduiront à un succès.

De ce que nous venons de voir à propos des colonies,

cités sanitaires et villages de tuberculeux, il ressort que, malgré le haut intérêt de ces organisations, et les services à en attendre pour certaines catégories de tuberculeux, il ne semble pas, pour les raisons d'ordre économique, exposées plus haut, qu'elles puissent permettre de solutionner pratiquement le difficile problème de l'assistance post-sanatoriale.

Le Pr LÉON BERNARD qui, dans l'organisation magnifique de Papworth, a vu une solution du problème social de la tuberculose a, plus récemment, écrit ce qui suit :

Certes, il serait aventureux d'envisager la généralisation du système de Papworth pour assurer le sort de tous les tuberculeux guéris appartenant à la classe prolétarienne, mais il est nécessaire d'étudier la création d'institutions de rééducation professionnelle, ainsi que d'organes de placement pour les malades qui sortiront des centres de traitement.

*
* *

Nous venons de passer en revue les divers moyens d'assistance apportés aux malades à capacité de travail réduite. L'impression qui se dégage de cet exposé est très nette, du moins nous le pensons : **Tout atelier n'employant que des tuberculeux à capacité de travail réduite est forcément déficitaire.**

D'où il résulte qu'il faut le subventionner, puisqu'il ne peut pas disparaître et ceci nous autorise à dire que cette catégorie de malades sera toujours à la charge de quelqu'un, particulier ou collectivité.

L'intervention directe de l'Etat a été plusieurs fois réclamée, non pas seulement pour l'organisation sanatoriale telle que nous l'avons en France, par exemple, mais aussi pour les réadaptations au travail et pour l'aide aux tuberculeux rentrés dans le cadre familial et social.

Il existe en Amérique une Loi de réadaptation, (« Rehabilitation act ») qui donne, à chaque Etat, la latitude d'examiner à son gré le problème de la réadaptation au travail des tuberculeux.

M. BLANCO demande que des cités ouvrières soient construites par l'Etat ou les Communes, et que ces cités soient exclusivement réservées aux anciens malades.

A la Conférence d'Amsterdam, M. MORELLI, faisant connaître ce qui a été réalisé par le Gouvernement italien, a déclaré que l'Œuvre d'assistance post-sanatoriale devait être développée et dirigée par la Nation, et Mme JEANNE WALKER a appuyé cette proposition.

M. CHAUSSIDIÈRE, dans sa thèse, a précisé les conditions de cette intervention des Gouvernements, en disant que c'était surtout à l'Etat qu'il appartenait de créer, sur une vaste échelle, des petits centres ruraux, industriels et agricoles, où tous les tuberculeux pourraient être répartis.

A la Conférence d'Amsterdam, MM. PIECHAUD et LAMOTHE ont recommandé l'organisation par l'Etat de l'assistance post-sanatoriale, avec création d'ateliers et de cités modèles pour tuberculeux.

En Norvège, le budget de l'Etat dispose d'un crédit de 45.000 couronnes, distribué sous forme de subven-

tions, soit par une association, soit par une municipalité, qui s'engage à verser, à chaque convalescent, une somme égale à celle qui est octroyée par l'Etat.

Nous avons en France, dans le même genre, les pensions et indemnités de soins accordées aux réformés à 100 % pour tuberculose, qui représente une large participation de l'Etat, dans l'assistance à des pensionnés qui, le fait est notoire, ne sont pas tous des tuberculeux avérés.

Dans son rapport à la Conférence d'Amsterdam, M. Vos nous apprend qu'on a fondé, en Hollande, une association destinée à protéger les intérêts des tuberculeux. Cette association part du principe que l'Etat doit assurer les charges de l'assistance post-sanatoriale, mais, pratiquement, elle s'efforce de procurer, par ses propres moyens, un *placement convenable* aux anciens tuberculeux. Nous pouvons ajouter que, dans le même pays, il existe une *Fédération* qui réunit tous les organismes de cure de travail et d'assistance post-sanatoriale.

Le rôle de cette Fédération pourrait être rempli chez nous, si elle y adaptait ses moyens d'action, par la Ligue pour l'Adaptation au Travail du Diminué physique dont nous avons parlé plus haut.

En Grande-Bretagne, l'assistance post-sanatoriale est entre les mains des Comités d'assistance, associations à demi-indépendantes, à demi-légales, qui fonctionnent en liaison et accord avec les médecins spécialisés de la tuberculose, et s'occupent des malades, de leur famille, et de l'assistance proprement dite. Les Autorités locales versent une subvention partielle ou égale à la totalité

de la dépense, 1/3 dans le Lancashire, toute la dépense dans le Comté de Kent.

Nous estimons que l'Etat doit participer à l'aide apportée à ces malades. C'est un devoir *social* que de récupérer de ces malades la part de travail qu'ils doivent à la Société, en aidant des œuvres privées à leur donner les moyens de travailler dans la mesure de leurs forces, sous une surveillance médicale attentive, dans les meilleures conditions d'hygiène pour eux, et de préservation pour les autres.

Quant à la réalisation pratique de ce programme, c'est le point épineux de la question, surtout dans l'état actuel des finances gouvernementales.

Il ne faut donc pas songer à généraliser des créations du genre Papworth. C'est évidemment la réalisation idéale de l'aide apportée aux tuberculeux à tous les stades de leur maladie, mais c'est une réalisation qui coûte trop cher, et il ne nous est pas permis de l'envisager, du moins actuellement.

Mieux vaut essayer de se servir le plus possible des organisations existant déjà, et, dans cet ordre d'idée, voici ce que nous proposons, en nous inspirant des déclarations faites par M. MORELLI, à la Conférence d'Amsterdam.

Avec la collaboration de l'Etat, des œuvres privées pourraient louer ou acheter des locaux (étant donnée la crise actuelle, il ne manque pas d'ateliers ou d'usines que l'on pourrait acheter à un prix très intéressant), dans lesquels on produirait tout ce qui pourrait être nécessaire aux besoins des sanatoriums, hôpitaux-sana-

toriums, ou hôpitaux : lits de cure, chaises-longues, tables de salle-à-manger, tables de nuit, sommiers, matelas, pour lits et chaises-longues, toute la literie, etc.

D'autre part, des colonies agricoles seraient créées, dans la mesure du possible, aux environs d'un sanatorium, pour fournir une grande partie de ce qui serait nécessaire à la nourriture des malades.

Toute latitude serait laissée aux malades et à leur famille de se loger où bon leur semblerait, sous réserve d'une surveillance régulière et obligatoire. Mais, au cas où des difficultés seraient faites aux malades pour se loger, ils devraient être à même de pouvoir trouver, aux environs de l'endroit où ils seraient employés, des logements qui leur seraient réservés dans des immeubles bon marché. Sans vouloir envisager la création de cités modèles, uniquement réservées aux tuberculeux, nous pensons qu'il suffirait de prévoir un nombre suffisant de LOGEMENTS-SANATORIUMS, dont nous allons étudier le fonctionnement à propos de l'assistance aux malades du groupe III.

ASSISTANCE AUX MALADES DU GROUPE III

Nous rappelons que ce groupe comprend les malades dont la capacité de travail est nulle ou définitivement diminuée à tel point qu'on peut la considérer comme telle.

L'assistance post-sanatoriale viendra en aide à ces malades en mettant à leur disposition :

Les services hospitaliers pour tuberculeux. Ils sont connus de tout le monde, et nous n'en parlerons pas dans ce travail ;

Les hôpitaux-sanatoriums dont nous allons montrer toute l'importance thérapeutique et sociale ;

Les logements-sanatoriums, œuvre créée il y a 12 ans environ et qui a pu montrer toute son utilité.

Il est évident qu'à part quelques chroniques ayant encore certaines défenses, presque tous les malades de ce groupe sont destinés à une issue fatale, dans un avenir plus ou moins proche et qu'il ne peut être question pour eux de travail régulier. Ils seront donc, le reste de leur vie, à la charge complète ou partielle de la Société qui devra leur assurer une vie tranquille dans les meilleures conditions d'hygiène et avec le minimum de risques, de contagion pour leurs proches.

Hôpitaux-Sanatoriums

Les hôpitaux-sanatoriums, s'ils s'adressent aux malades atteints de formes plus ou moins sévères exigeant des soins spéciaux, dans des services organisés pour faire de l'isolement quand c'est nécessaire, s'adressent également à tous les malades atteints de tuberculose, en attente de placement ou à mettre en observation. Comme les sanatoriums, ils doivent être des centres de traitement parfaitement organisés.

L'aménagement de ces hôpitaux-sanatoriums et leur organisation correspondent aux conditions techniques et hygiéniques à prévoir pour un sanatorium et pour un hôpital. Avec les services généraux permettant d'appliquer la cure hygiéno-diététique et tous les traitements modernes de la tuberculose, on trouve les dortoirs, les chambres, les services d'isolement avec galerie de cure individuelle et les dispositions qui permettent de satisfaire aux besoins qu'imposent l'admission et les soins des malades avancés.

Si, avec quelques variantes, la plupart des règles exigées pour les sanatoriums sont applicables aux hôpitaux-sanatoriums, on admet que l'emplacement de ces derniers doit être choisi dans le département à desservir, très à proximité, mais de préférence hors des villes, autant que possible éloigné des agglomérations, dans les meilleures conditions d'orientation, d'ensoleillement et de protection contre les vents régnants, qui sont particulièrement redoutables pour les tuberculeux.

A côté de ce qui a été fait et de ce qui peut encore

être fait pour les sanatoriums de cure, il y a lieu d'encourager beaucoup la création et la multiplication des hôpitaux-sanatoriums qui rendront les plus grands services à toute une catégorie importante de tuberculeux que l'on ne peut abandonner, dont le placement est difficile et auxquels il importe d'assurer, hors de l'hôpital qu'ils redoutent souvent, le réconfort et les soins auxquels ils ont droit.

Ce que nous venons de dire, à propos des hôpitaux-sanatoriums, nous engage à élargir un peu le cadre de notre sujet et à faire état ici de l'orientation nouvelle de la lutte antituberculeuse telle qu'elle apparaît, à la suite de la communication faite, le 3 mai 1930, par M. le Pr. F. BEZANÇON, à l'Académie de médecine, communication suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. les Prs LÉON BERNARD, EMILE SERGENT et LÉON LABBÉ.

M. le Pr BEZANÇON rappelle que, si autrefois, il semblait inhumain de laisser les tuberculeux dans les villes et si tous les efforts tendaient à multiplier les moyens de les envoyer à la campagne, ou mieux dans les sanatoriums pour y suivre la cure d'air, de repos et d'alimentation, l'introduction des méthodes de collapsothérapie dans la thérapeutique de la tuberculose a changé l'orientation de la phtisiothérapie.

La question principale qui se pose actuellement est de savoir si le malade est justiciable d'un pneumothorax, ou d'une autre méthode de collapsothérapie.

Dans l'affirmative, il y aura lieu de se préoccuper, *avant toute chose*, de la réalisation de ce pneumothorax, dans les meilleures conditions, par un opérateur expérimenté, et suivant une technique impeccable.

Pour cela, point n'est besoin d'envoyer le malade à la campagne, mais il faut pouvoir le diriger sur des services hospitaliers ou des *centres urbains de thérapeutique antituberculeuse*, très convenablement et complètement outillés pour cette pratique.

Pour les malades non justiciables des méthodes de collapsothérapie le sanatorium reste, comme par le passé, la meilleure méthode de traitement, mais il est indispensable de prévoir une liaison étroite entre lui et les centres antituberculeux urbains.

En ce qui concerne les sanatoriums populaires, M. le Pr Bezançon considère qu'il y a le plus grand intérêt à ce qu'ils ne soient pas trop éloignés des villes où se recrutent les malades et croit, également, qu'ils doivent être organisés plus dans l'esprit hôpital-sanatorium que dans celui du type sanatorial d'autrefois.

Ainsi le sanatorium devient un centre antituberculeux de seconde ligne qu'il y aura lieu d'outiller cependant, et organiser de telle manière qu'il puisse satisfaire *complètement* à toutes les exigences de la thérapeutique actuelle de la tuberculose.

Et voici, après le très court résumé que nous venons d'en donner, comment le Pr BEZANÇON termine sa communication :

Tout en considérant que la cure d'air et de repos reste à la base de la thérapeutique de la tuberculose, tout en considérant que, toutes les fois qu'il sera possible de le faire, c'est encore dans les conditions du sanatorium ou de la cure sanatoriale que sera instaurée, de la façon la plus parfaite, la lutte antituberculeuse, il n'en reste pas moins *qu'au point de*

vue pratique, étant donné le nombre considérable de tuberculeux, il y a lieu de considérer qu'à côté du Dispensaire doivent se développer, de plus en plus, dans les grandes villes ou à leurs portes, des centres antituberculeux à la fois de diagnostic, de triage, mais aussi de thérapeutique où l'on pourra soigner non seulement le tuberculeux alité, mais le tuberculeux ambulant, et que ces centres doivent comporter, non seulement une installation matérielle parfaite, mais un outillage perfectionné.

M. le Professeur LÉON BERNARD a approuvé les conclusions de M. le P^r BEZANÇON, en lui apportant des compléments de démonstrations à l'appui des faits et des idées qui y sont exposés. Et, à son tour, il conclut par la comparaison suivante, entre ce que l'on faisait autrefois et ce que l'on doit faire aujourd'hui :

Naguère, dit-il, on offrait aux tuberculeux deux ordres de secours : pour ceux qu'on appelait des initiaux et qui, en réalité, appartenait à des variétés non évolutives de tuberculose, la *cure hygiéno-diététique dans des sanatoriums* ; pour les autres des lieux d'asile dans des établissements hospitaliers où, d'une manière plus ou moins avouée, on entourait de soins hypothétiques une évolution sur laquelle personne ne nourrissait d'illusions. Aujourd'hui, termine le P^r LÉON BERNARD, le Sanatorium comme l'hôpital-sanatorium doivent être des *centres de traitement*, adaptés aux nouvelles méthodes de cure, c'est-à-dire aménagés, équipés et dirigés suivant ces directives.

Dans la *Revue de Paris* du 1^r février dernier, le P^r LÉON BERNARD revient sur cette nouvelle manière de

concevoir la place du sanatorium et de l'hôpital-sanatorium, dans la lutte antituberculeuse et déclare que la division classique en sanatoriums de cure pour tuberculeux justiciables de la cure hygiéno-diététique et hôpitaux-sanatoriums pour cas avancés, abandonnés implicitement à leur funeste évolution, est, aujourd'hui, périmée de manière définitive et absolue ; les uns comme les autres doivent être organisés en vue de leur aptitude à appliquer la thérapeutique de la tuberculose.

Il estime que le terme d'incurable doit disparaître en tant qu'étiquettes de catégories de malades, bien que certains tuberculeux puissent, soit par suite de la gravité exceptionnelle de leur maladie, soit par l'absence de soins rationnels et précoces, devenir des incurables.

Le Pr LÉON BERNARD ajoute qu'à l'heure présente, il faut, dans tout établissement de tuberculeux quel qu'il soit, installer des locaux et prévoir le fonctionnement en vue d'y instituer, à la fois : la cure hygiéno-diététique, la collapsothérapie, la thérapeutique chimique et les traitements chirurgicaux.

Ces *centres de traitement* seront les uns urbains, les autres suburbains, d'autres enfin, plus éloignés, joignant aux précédentes méthodes des conditions climatiques adjuvantes.

Nous avons retenu ces conclusions parce qu'elles entrent assez bien dans le cadre de notre travail. Nous avons vu, en effet, en plus de ce que l'on peut déjà en attendre, quel rôle important peuvent encore jouer les sanatoriums dans la préparation et la réadaptation des tuberculeux à la reprise du travail. D'une façon géné-

rale, les *centres de traitement* de la tuberculose, tels que les comprennent MM. F. Bezançon et Léon Bernard, pourront être utilement employés dans l'organisation et l'assistance post-sanatoriales.

Mais, nous pensons aussi que, s'il y a avantage à choisir l'emplacement des hôpitaux-sanatoriums à proximité des villes, il est nécessaire que les sanatoriums de cure proprement dits soient en pleine campagne afin que, comme l'a justement remarqué le Pr Sergent, la cure hygiéno-diététique qui, dans bien des cas, donne encore à elle seule d'heureux résultats, puisse se poursuivre dans les meilleures conditions climatiques.

Les logements-sanatoriums.

L'idée des logements-sanatoriums, c'est-à-dire des logements dans lesquels les tuberculeux pourront recevoir les soins que nécessite leur état, sans être séparés de leur famille et sans faire courir à celle-ci le moindre risque de contamination, a été conçue, il y a 12 ans environ par l'Association des Infirmières-visiteuses de France, présidée par Mme la marquise de GANAY, sous les auspices de M. LÉON BOURGEOIS, avec le concours de l'Assistance publique et de M. RIST.

Actuellement, cette œuvre est dirigée par Mme DE ROUSSY DE SALLES. Elle a pour médecin M. HIRSCHBERG et pour conseiller technique, M. RIST. L'infirmière-visiteuse est Mme FERACCI.

Il est à la fois intéressant et important de préciser les conditions dans lesquelles l'idée des logements-sanato-

riums a pu être réalisée et l'importance des résultats obtenus.

Cette mise au point est nécessaire pour permettre d'arrêter le programme de réalisation qui doit contribuer, de façon très efficace, à la lutte antituberculeuse, par un mode spécial d'assistance aux malades.

1° LES PREMIÈRES RÉALISATIONS.

Les premiers groupes de logements-sanatoriums ont été constitués, rue du Château des-Rentiers, où 7 logements subsistent encore, et 156, rue de Vanves où 20 logements sont occupés.

En commun accord, l'Association des Infirmières-visiteuses et l'Office public d'hygiène sociale de la Seine dressent une liste des candidats, composée exclusivement de *tuberculeux bacillifères*, parmi lesquels le médecin de l'œuvre désigne les bénéficiaires des logements.

Ceux-ci s'engagent, par leur acceptation, à se soumettre aux conditions suivantes :

1° Le malade doit coucher dans une chambre particulière et observer toutes les précautions d'hygiène ;

2° La famille doit accepter les visites de l'infirmière-visiteuse et suivre ses conseils ;

3° La famille doit se faire examiner à intervalles réguliers par le Dispensaire ;

Si le malade accepte, le logement lui est loué pour la somme de 60 fr. par mois.

Cet appartement comprend une cuisine-salle à manger, et trois pièces, dont la chambre du malade.

Une fois installés, le malade et sa famille reçoivent la visite régulière de l'infirmière. Celle-ci s'occupe, non seulement de tout ce qui a trait à la santé du malade, mais encore :

a) D'envoyer chaque année les enfants dans une colonie de vacances ;

b) D'améliorer le budget familial par l'attribution de bons divers (charbon, produits pharmaceutiques, alimentation, etc.).

La moyenne des bons dont bénéficie chaque famille est d'environ 60 francs par mois, ce qui représente la valeur du loyer.

Le mobilier de la chambre de malade d'une valeur de 1755 francs, est prêté par l'Œuvre.

Le logement n'étant attribué que si le malade est contagieux, pour faciliter son isolement et éviter les risques de contamination de son entourage, il s'ensuit que son attribution n'est que temporaire dans la grande majorité des cas.

Si le malade guérit, un autre appartement lui est donné dans un groupe d'habitations à bon marché, aux conditions ordinaires de location.

S'il meurt, un délai de 6 mois est donné à la famille pour déménager.

La durée moyenne de séjour est pratiquement difficile à déterminer. Certains y sont restés 7 ans.

2^o VALEUR SOCIALE ET PROPHYLACTIQUE DES LOGEMENTS-SANATORIUMS.

Les dépenses dues à l'entretien des logements-sanato-

riums auxquelles on doit ajouter les frais de séjour des enfants en colonie de vacances, sont couvertes par :

- 1° Le versement mensuel des familles à titre de loyer ;
- 2° Une subvention de l'Assistance publique ;
- 3° Une subvention du Comité National de Défense contre la tuberculose ;
- 4° L'œuvre.

La charge financière qu'impose une famille peut quelquefois paraître lourde pour un résultat souvent négatif, puisque, malgré les efforts de tous, la mort est dans bien des cas la terminaison de cette maladie.

Cependant, ces efforts ne sont pas inutiles. Sans logements-sanatoriums, le malade devrait être placé dans un sanatorium ou hôpital-sanatorium, où les frais d'hospitalisation sont élevés. Cette hospitalisation, d'autre part, n'exclut pas l'utilité du placement des enfants en colonie de vacances.

La famille du malade aurait toujours besoin d'un appartement, et le départ et l'éloignement de l'un de ses membres, surtout du chef de famille, peut avoir une grosse répercussion sur l'avenir matériel de la famille.

Le fait, pour le malade, de rester dans son foyer, outre le bénéfice moral d'être parmi les siens sans danger pour eux, lui permet de se livrer à un travail léger, rémunérateur, qui contribue à assurer un budget parfois pénible à équilibrer.

Outre ces avantages, le logement-sanatorium a mis en évidence l'absence de contamination des enfants et la pénétration des règles d'hygiène et de propreté dans les familles, dues aux bienfaits des visites de l'infirmière.

3° POUR L'AVENIR.

Est-il possible, maintenant, de développer l'œuvre des logements sanatoriums, et d'en multiplier le nombre ?

Il est notoire que le nombre de lits dans les hôpitaux-sanatoriums est très insuffisant. Le développement et l'augmentation des logements - sanatoriums permettraient, d'après les fondateurs de l'œuvre, de pallier, sans gros frais, à cette insuffisance.

Mais doit-on disperser ces logements dans les habitations à bon marché, ou doit-on créer des « quartiers de tuberculeux » ?

La question est délicate. On risque, dans le premier cas, de voir les voisins protester contre ce risque de contamination, et dans l'autre cas, de voir considérer le « quartier des tuberculeux » comme une sorte de léproserie dont personne n'osera s'approcher.

Nous pensons que l'éducation du public n'est pas encore suffisamment faite pour infliger à des familles la peine de se voir prises pour des pestiférés, et qu'il y aurait avantage pour les malades et leur famille, et peu d'inconvénients pour les voisins, à ce que les logements-sanatoriums, toujours soumis à une surveillance hygiénique étroite, soient dispersés, sans distinction particulière, dans un quartier d'habitations à bon marché.

4° COMMENT RÉALISER MAINTENANT UN TEL PROGRAMME ?

Outre l'aide de l'Assistance publique, des ressources importantes pourront être trouvées chez les :

- a) Organismes publics de lutte antituberculeuse ;
- b) Collectivités d'assistance ;

c) Œuvres privées de bienfaisance ;

d) Caisses d'assurances sociales.

Ces dernières pouvant apporter leur collaboration, soit par une subvention forfaitaire à l'Œuvre, soit en considérant le malade comme hospitalisé.

En résumé, l'œuvre des logements-sanatoriums constitue un moyen d'assistance, de préservation et d'éducation antituberculeuse, qui paraît avoir prouvé son utilité et son efficacité depuis 12 ans qu'il fonctionne régulièrement.

Ses méthodes pourraient être élargies par une entente des organismes d'œuvres intéressés à la lutte antituberculeuse.

Il y aurait lieu de provoquer une réunion de ces divers organismes, par exemple :

1° Des représentants de l'œuvre des logements-sanatoriums, de l'Assistance publique et de l'O. P. H. S. ;

2° Des offices publics d'habitations à bon marché de la ville de Paris et de la Seine ;

3° Des Caisses des Assurances sociales, pour examiner les possibilités d'extension de l'œuvre.

Nous avons cru intéressant de parler de l'œuvre des logements-sanatoriums, en reproduisant les renseignements contenus dans la notice qui nous a été remise.

Au point de vue spécial de l'assistance post-sanatoriale qui nous occupe, c'est un moyen de venir en aide aux malades et à leur famille, qui mérite d'être classé, mais que l'on pourrait heureusement compléter par une œuvre d'assistance par le travail, comme nous l'avons vu plus haut à propos des malades à capacité de travail réduite (Groupe II).

ASSISTANCE AUX TUBERCULEUX TRAITÉS PAR PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL. ORGANISATION DES CENTRES DE RÉINSUFFLATION

En remarquant, dans son rapport à Amsterdam, que par suite des progrès de la science médicale, les malades dont il s'agit à l'heure actuelle diffèrent de ceux dont il était question en 1922, à la Conférence de Bruxelles, M. Vos a offert l'occasion de parler d'un groupe de tuberculeux, parfaitement aptes à reprendre leur place dans la société, mais à la condition de trouver, hors du sanatorium ou des services où ils ont été soignés, le moyen de poursuivre, aussi longtemps qu'il le faut, le traitement qui leur a été appliqué, et auquel ils doivent leur stabilisation et leur récupération pour le travail.

Il s'agit des porteurs de pneumothorax thérapeutique pour lesquels doit s'organiser une forme d'assistance post-sanatoriale qui soulève une question d'ordre médical, mais surtout social, intéressant l'avenir d'un nombre imposant de tuberculeux, parmi ceux qui sortent des sanatoriums populaires. Dans leurs rapports à Amsterdam, MM. BRIEGER et BRESKY ont fait allusion à

la nécessité où l'on est de ne pas abandonner ces malades, mais c'est plus particulièrement M. LOUIS GUINARD qui a fait ressortir toute l'importance de la question soulevée, par l'obligation où l'on est d'assurer, dans les meilleures conditions, l'entretien des pneumothorax artificiels, après la sortie des sanatoriums.

A l'appui, il a rapporté qu'à Bligny, sur un effectif moyen de 545 pensionnaires, on compte environ 275 à 280 porteurs de pneumothorax artificiels, pneumothorax créés avant ou pendant leur séjour au sanatorium.

Or, ces pensionnaires étant de situation généralement peu aisée ou extrêmement modeste, sont incapables d'assurer par leurs moyens l'entretien de la collapsothérapie qui garantit leur stabilisation, l'innocuité de leurs expectorations, et leur possibilité de travailler.

De plus, s'ils doivent se déplacer, soit pour une villégiature, soit pour un changement de région ou de métier, la question de savoir où ils pourront se faire réinsuffler se pose comme un problème difficile à résoudre.

Pour ces malades qui, remarque M. L. GUINARD, représentent plus de 51 % de l'effectif d'un grand établissement de cure, l'assistance post-sanatoriale, sur ce point particulier, est, actuellement, des plus insuffisante, au moins dans la plupart des départements français. Aussi croit-il que le caractère social de cette forme d'assistance autorise les dispensaires d'hygiène sociale à intervenir et à s'outiller pour réinsuffler les pneumothorax de tuberculeux ressortissant de l'assistance médicale et des Offices ou Comités départementaux d'hygiène sociale.

Par ailleurs, M. L. GUINARD soutient que l'intervention des dispensaires, qu'il préconise, doit se limiter exclusivement aux entretiens courants des pneumothorax artificiels et non à leurs créations, qui doivent se faire dans les services hospitaliers ou dans les sanatoriums.

Dans son rapport, à Amsterdam, il émet le vœu que, comme on l'a fait dans la Seine et dans la Seine-et-Oise, par exemple, on organise dans les dispensaires des postes d'entretien de pneumothorax artificiels, bien outillés et suffisamment nombreux pour satisfaire à un besoin qui devient de plus en plus impérieux, en raison même du nombre de plus en plus grand des malades utilement soumis à un traitement qui doit être parfaitement surveillé et peut, aussi, être de longue durée.

L'utilisation des Dispensaires pour l'entretien du pneumothorax des malades incapables, par leurs moyens, d'assurer les frais de leur réinsufflation, paraît possible et désirable, car les conditions actuelles de la lutte antituberculeuse, depuis la généralisation de la collapsothérapie, ont apporté des changements notables dans les attributions des principaux organismes destinés aux tuberculeux et à la défense contre la tuberculose. Comme les autres organismes : sanatoriums, hôpitaux-sanatoriums, services hospitaliers pour tuberculeux, etc., les dispensaires doivent s'adapter aux conditions nouvelles et évoluer. Mais, certaines résistances ou oppositions se sont manifestées et se manifestent encore contre cette évolution dans un sens qui, pour les opposants, est contraire au rôle que leur attribue la Loi du 15 avril 1916.

Des syndicats médicaux, considérant que l'entretien des pneumothorax est un traitement, protestent et demandent que les Dispensaires restent exclusivement dans leur rôle de dépistage et de prophylaxie ; ils émettent des vœux exigeant que les réinsufflations soient seulement faites dans les hôpitaux ou dans des services dépendant des hôpitaux.

Mais, d'abord, d'après les termes mêmes de la Loi, il ne semble pas que l'intervention des dispensaires, pour l'entretien des pneumothorax, soit contraire aux dispositions de cette Loi.

L'article 1^{er}, en effet, dit ceci :

Art. I. — Pourront être institués, dans les conditions prévues par la présente Loi, des dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, qui seront spécialement chargés de faire l'éducation antituberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades, atteints de maladies transmissibles, l'admission dans les hospices, sanatoriums, maisons de cure, etc. *Ces Dispensaires organiseront, pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments.*

Le fait de stipuler que les dispensaires doivent organiser des consultations gratuites et des *distributions de médicaments*, pour les malades privés de ressources, autorise à penser qu'organiser des services gratuits d'entretien de pneumothorax n'est pas contraire à l'esprit de la loi et peut être admis comme parfaitement régulier.

Légalement donc, rien ne s'oppose à ce que les Dispensaires soient utilisés et outillés pour l'entretien des pneumothorax artificiels des malades, dépourvus de ressources suffisantes pour satisfaire eux-mêmes aux frais de cet entretien.

En raison même du grand intérêt qui s'attache à cette question, étant donné le nombre considérable et sans cesse croissant de malades pour lesquels ce mode d'assistance doit être envisagé, nous croyons pouvoir nous y arrêter et en parler plus longuement en reproduisant quelques-uns des arguments soutenus par les partisans et les adversaires de ce moyen de venir en aide, par le Dispensaire, aux tuberculeux porteurs d'un pneumothorax artificiel.

La première discussion, un peu importante, a été soulevée en juin 1925, à la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'Hygiène sociale, à la suite d'une communication de M. EDGAR EBER sur le rôle du dispensaire antituberculeux dans la cure par le pneumothorax artificiel. Une des conclusions formulées par M. EDGAR EBER disait ceci :

III. — *Le Dispensaire doit être un centre de réinsufflation, en même temps que le guide médical et moral du porteur de pneumothorax en convalescence.*

MM. TRIOLLET, LABESSE et HENRI ROURE, ont combattu cette conclusion et ce dernier, notamment, a insisté sur ce point que le Dispensaire est et doit rester un organisme uniquement de diagnostic et de prophylaxie anti-

tuberculeux et ne pas devenir un organisme de traitement, quel qu'il soit.

Par contre, M. LOUIS GUINARD a fait valoir les raisons qui plaident en faveur de la possibilité de pratiquer des réinsufflations de pneumothorax dans les Dispensaires.

S'il est évident, a-t-il dit, que le Dispensaire d'Hygiène sociale est, avant tout, un organisme de diagnostic, de prophylaxie et de préservation antituberculeuse, il est non moins certain que, pour la poursuite de ce but essentiel, le principe d'assistance est également inscrit dans sa formule initiale.

D'ailleurs, cette formule n'est pas tellement rigide qu'elle puisse être condamnée à rester immuable. Le Dispensaire doit se mettre à l'unisson des perfectionnements pour lesquels il peut être nécessaire de faire appel à son concours.

Or, il est dans ses attributions de reprendre en charge et de suivre les malades qui sortent des sanatoriums et des hôpitaux pour rentrer dans leur famille.

Pourquoi les tuberculeux porteurs de pneumothorax artificiels qui, comme les autres, ont repris leur place au foyer, et dans l'existence commune, lui échapperaient-ils ?

Pourquoi, en vue de les maintenir inoffensifs pour l'entourage, le Dispensaire ne s'intéresserait-il pas, directement, à la pratique des réinsufflations qui leur sont indispensables ?

L'introduction du Forlanini, dans la pratique antituberculeuse, représente un fait avec lequel on doit sérieusement compter dans l'organisation des services antituberculeux, quels qu'ils soient. C'est un facteur qui prend une place de plus en plus grande, en raison même du nombre de plus en plus considérable d'individus porteurs d'une collapsothérapie, qui doit être régulièrement suivie et entretenue. Pour cela, il n'apparaît pas que, pour les tuberculeux dénués de ressources et relevant de l'assistance médicale, on soit avant

longtemps en mesure de satisfaire aux exigences des soins spéciaux qu'ils sont en droit de réclamer.

« Il faut donc, de toute urgence, faire quelque chose et, sans trop se préoccuper de ce que l'on peut penser ou dire, chez les voisins, songer, d'abord, à l'intérêt supérieur des malades qui, eux aussi, méritent bien quelques égards.

Revenant sur la question de droit, résumée dans cette affirmation que « le pneumothorax au dispensaire est impraticable actuellement, parce que toute thérapeutique y est interdite ». M. URBAIN GUINARD, à son tour, a fait la réponse suivante :

« Il est des interdictions qui n'ont, heureusement, rien de définitif. Autrement, ce serait la négation de toute évolution et de tout progrès. A l'origine du premier dispensaire, il y a 25 ans, et lorsqu'a été élaborée et promulguée la loi du 15 avril 1916, comment les organisateurs et le législateur auraient-ils pu prévoir ce que deviendrait la méthode de Forlanini ? D'ailleurs, il n'est pas de traitement, en tuberculose, qui puisse se comparer à celui que constitue l'entretien des pneumothorax.

En dehors de la cure hygiéno-diététique qui échappe évidemment aux établissements de prévention, quel est, à l'heure actuelle, le traitement de nécessité qui vaille la peine d'être assuré par les Dispensaires ? Il n'y en a pas.

Mais, il existe un besoin pour les bénéficiaires des lois et services d'assistances et pour les sans ressources, porteurs de pneumothorax et esclaves de la piqure d'entretien : celui de recevoir, de loin en loin, une certaine quantité de gaz, en toute facilité, dans les meilleures conditions et en n'importe quelle région.

Le Dispensaire ne doit pas faire de thérapeutique, *mais il doit faire celle-là*. Ce serait enlever toute souplesse aux for-

mules que de ne pas accepter cette exception, qui réalise véritablement un cas de force majeure.

Il n'y a rien de redoutable dans cette entreprise. En quoi lèserait-elle plus particulièrement les intérêts des groupements médicaux locaux ? De longue date, le Dispensaire (côté social) ne s'occupe-t-il pas de rechercher ce qu'est la situation pécuniaire des consultants pris en charge ? »

Pour faire suite à ces discussions, et afin d'arriver à des conclusions pratiques, la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'Hygiène sociale, avait chargé les D^{rs} JANICOT, LUIZY et ANDRÉ MARTIN, de procéder à une enquête parmi les médecins de dispensaires appartenant à l'Association, et c'est le résultat de cette enquête qui fut présenté par le D^r ANDRÉ MARTIN, à la séance du 18 janvier 1926.

Nous ne pouvons pas, ici, faire l'analyse de cet intéressant rapport qui, d'ailleurs, fut suivi d'une discussion à laquelle prirent part MM. LE PAGE, BOUIN, URBAIN GUINARD, EBER, LUIZY, DAVRINCHE, GUILLUY, A. MARTIN, JANICOT, LIÈVRE-BRIZARD et RENAUD.

Nous retiendrons seulement qu'en apportant d'excellents arguments à l'appui, M. URBAIN GUINARD soutint la pratique de réinsufflations de pneumothorax dans les Dispensaires, qu'après lui, M. EDGAR EBER défendit aussi, comme il l'avait fait précédemment en soulevant cette importante question devant la Société.

La discussion étant close, l'assemblée a simplement enregistré les diverses opinions qui lui ont été soumises, mais n'a pas cru pouvoir formuler un avis, ni émettre un vœu.

Cependant, comme l'a fait remarquer M. L. GUINARD, un certain nombre de points importants, relatifs à la seule question qui était posée, c'est-à-dire l'*entretien des pneumothorax dans les Dispensaires*, ressortaient des faits et avis exprimés, au cours de ce débat, et devaient être classés comme admis et bien acquis. Nous les résumerons plus loin, car nous tenons, auparavant, à rappeler l'opinion autorisée du P^r Léon Bernard sur le même sujet.

Après avoir posé et résolu par l'affirmative la question du traitement ambulatoire, par pneumothorax artificiel, le P^r LÉON BERNARD pose la question : où s'effectuera le traitement ambulatoire ? Et voici en quels termes précis il y répond :

Sous l'influence des idées régnantes qui ne veulent regarder le Dispensaire que comme un instrument de prophylaxie, beaucoup de médecins repoussent l'idée de confier le pneumothorax, méthode de traitement, au Dispensaire. Cette prétention m'apparaît aujourd'hui périmée. Même dans une agglomération aussi considérable que la ville de Paris, avec tout son armement hospitalier, les hôpitaux ne suffisent pas à accomplir toute la besogne nécessaire ; mais que dire de la province, où pour tant de départements, on ne trouverait dans les hôpitaux, ni l'outillage, ni le personnel qualifié pour appliquer le pneumothorax artificiel.

Le résultat est flagrant, il faut avoir le courage de le confesser, c'est qu'en dehors d'un certain nombre de centres urbains, le pneumothorax artificiel n'est pas employé, et c'est autant de tuberculeux qui pourraient être guéris et qui ne sont pas soignés utilement. *Il nous paraît logique et nécessaire que le Dispensaire, dirigé par des médecins compétents, soit chargé du traitement ambulatoire, chaque fois qu'il est possible*

et indiqué. Même si l'on veut rester dans le cadre traditionnel de l'objectif du Dispensaire, une méthode telle que le pneumothorax artificiel, qui, dans les cas efficaces, stérilise rapidement ou tarit les expectorations des malades, n'a-t-elle pas le droit d'être rangée au nombre des actions prophylactiques qui ressortissent au but du Dispensaire ?

Il importe d'inaugurer une révision totale de nos idées sur le Dispensaire, révision qui résulte, s'en trouvant légitimée, de la révision de nos idées sur l'action antituberculeuse. Du jour, en effet, où il existe une thérapeutique active et efficace d'une maladie, le Dispensaire a le devoir de l'utiliser. Si, au Dispensaire antituberculeux, le droit était jusqu'ici dénié de faire de la thérapeutique, c'est bien parce qu'il n'existait pas, à proprement parler, de thérapeutique antituberculeuse ; mais, du jour où celle-ci existe réellement, et c'est heureusement le fait à l'heure actuelle, le Dispensaire, à mon sens, *a non seulement le droit, mais le devoir de s'occuper de thérapeutique*, sans rien omettre ni négliger de ses obligations antérieures qui s'en trouvent seulement enrichies et amplifiées.

On voudra bien constater que M. le Pr LÉON BERNARD, non seulement entend confier les réinsufflations et l'entretien des pneumothorax aux Dispensaires, mais qu'il envisage même et aussi la possibilité d'y entreprendre les créations, allant ainsi bien au-delà de ce que nous demandons, car n'ayant en vue que l'assistance post-sanatoriale, nous envisageons surtout l'intervention des Dispensaires, dans ce cas particulier, et pour les tuberculeux qui, après une cure, ou sortant d'un sanatorium avec un pneumothorax déjà créé, doivent pouvoir être régulièrement suivis, et se faire réinsuffler dans de bonnes conditions,

La question de principe et de possibilité d'entretien des pneumothorax artificiels étant admise, voici, réduits à ce que nous croyons utile à reproduire ici, quelques-uns des points qui ressortent des communications et discussions faites et soulevées devant la Société des médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'hygiène sociale :

Il est possible et, dans beaucoup de cas, tout à fait indispensable, de songer à organiser à titre définitif ou transitoire, des services d'entretien du pneumothorax artificiel dans les Dispensaires d'hygiène sociale.

Ces services, actuellement imposés par des nécessités prophylactiques et sociales, sont en accord avec les prévisions de l'article premier, paragraphe 2, de la Loi du 15 avril 1914.

Tout Dispensaire, régulièrement organisé, disposant d'une installation de rayons X, il suffira, pour y ajouter l'entretien des pneumothorax, de le pourvoir de l'outillage assez simple que nécessite la pratique des insufflations.

Les pneumothorax à surveiller de près, ou exigeant des soins spéciaux, étant habituellement retenus ou envoyés dans les hôpitaux et les sanatoriums, il reste à confier aux dispensaires et aux centres de réinsufflations, les pneumothorax ambulants, les cas à marche normale, avec lesquels les incidents sont d'une extrême rareté (un, sans conséquence grave, sur plus de 20.000 insufflations dans le Service du Dr Rist, au Dispensaire Léon Bourgeois, jusqu'en 1926). La crainte des complications, accidents ou insuccès, ne peut donc pas, pratiquement, être invoquée comme obstacle à la création de ces services.

Pour l'entretien du pneumothorax, les dispensaires prendront en charge des convalescents bien stabilisés, ayant été préalablement suivis, pendant un temps suffisant dans un

sanatorium ou dans un hôpital, et ils devront s'assurer toujours un ou plusieurs débouchés hospitaliers pour l'admission d'urgence des malades qui, en cours d'entretien, présenteraient des complications.

Il reste bien entendu que seuls les malades relevant de l'assistance médicale gratuite, totale ou partielle, doivent bénéficier des services d'entretien du pneumothorax, organisés par les dispensaires.

RÉSUMÉ ET RÉALISATIONS

Il ressort de tout de qui précède que pour venir en aide aux tuberculeux pulmonaires sortant du sanatorium, il faut distinguer deux stades dans l'assistance post-sanatoriale :

1° *La réadaptation au travail ;*

2° *L'assistance post-sanatoriale « proprement dite » ;*

La réadaptation au travail, n'est, en effet, qu'un prélude à l'assistance post-sanatoriale, prélude indispensable et sur l'importance duquel il n'est pas inutile de revenir.

L'idéal, évidemment, pour un malade sortant du sanatorium, est de rester quelques semaines chez lui avant de reprendre *progressivement* son travail, et nous ne pensons pas que beaucoup de malades, parmi ceux qui sont en traitement dans nos sanatoriums populaires, soient en mesure de suivre ce programme.

Il est donc indispensable que soit donnée aux malades la possibilité d'un entraînement progressif au travail, tandis qu'ils sont encore en traitement au sanatorium sous la surveillance du médecin qui les suit depuis longtemps déjà, et sera mieux à même que quiconque de suivre leurs réactions lors de la reprise du travail.

Il faut donc qu'à tout sanatorium ou hôpital-sanatorium soient annexés des ateliers d'entraînement, où des malades, sélectionnés par le médecin, et sous sa surveillance reprendront progressivement l'habitude et la capacité de travail dont ils auront besoin à leur sortie du sanatorium.

Il est bien évident toutefois que l'on ne peut demander à un sanatorium de s'adjoindre des ateliers pour toutes les sortes de métiers, et là n'est d'ailleurs pas l'important.

Ce qu'il faut, c'est *réhabituer le malade à travailler*, c'est-à-dire, à fournir un effort *physique* progressivement croissant jusqu'à la possibilité de gagner sa vie à la sortie du sanatorium. Point n'est besoin de varier exagérément les ateliers, et il vaut mieux que ceux-ci soient suffisamment vastes pour pouvoir recevoir tous les malades susceptibles d'entraînement par le travail.

A titre d'exemple de réadaptation au travail, signalons l'organisation existant depuis longtemps déjà à Bligny.

1° Pour les hommes.

Les malades jugés aptes à reprendre un travail léger, sont dirigés suivant leur ancien métier, ou, si la reprise de celui-ci est jugée dangereuse, suivant leur goût, vers une section ou un des ateliers suivants :

JARDINAGE, comprenant : Horticulture, floriculture et arboriculture.

BASSE-COUR.

ECURIE, PORCHERIE.

MENUISERIE, ÉBÉNISTERIE.

ENTRETIEN DES DISTRACTIONS RÉSERVÉES AUX PENSIONNAIRES.

En outre, d'autres ateliers sont actuellement à l'étude et seront mis incessamment à la disposition des pensionnaires :

INSTALLATIONS ÉLECTRIQUES.

TECHNIQUE AUTOMOBILE (montage, démontage, réparations, dépannage).

Le cours de technique automobile, existant déjà depuis un an, pourra donc être suivi d'exercices pratiques qui auront lieu dans un local où un vieux châssis sera mis à la disposition des pensionnaires.

APICULTURE.

RELIURE.

GARDE-CHASSE (destruction des animaux nuisibles, élevage de gibiers).

L'élevage du gibier, d'un prix trop élevé pour être demandé à un sanatorium, pourra être envisagé en accord avec les propriétaires ou les locataires des terrains de chasse avoisinant, dans des conditions à débattre.

Dans chacun de ces ateliers, ou chacune de ces sections, les malades sont sous la direction de l'employé-spécialiste du sanatorium, la plupart du temps ancien malade lui-même, qui les initie à son métier.

Le Médecin-directeur ou un médecin-assistant, est en rapport direct avec ces employés spécialistes qui lui signalent la façon de se comporter des malades qui leur sont

confiés, tant au point de vue du travail que de la discipline.

Ces renseignements sont consignés chaque semaine sur un cahier dans lequel se trouve noté également l'état médical des pensionnaires (poids, réactions fébriles de la semaine, résultat de la bacilloscopie, qui est faite toutes les semaines; au lieu de trois semaines pour les autres pensionnaires).

Les malades sont mis au travail progressivement et l'employé qui les dirige est tenu au courant du nombre d'heures que peut faire chaque malade. Naturellement, l'entraînement est suspendu au moindre incident.

Nous avons déjà parlé des cours, faits par des pensionnaires et qui ont lieu depuis bientôt deux ans aux sanatoriums de Bligny. D'un rapport fait par le pensionnaire qui s'en occupe depuis l'origine, il résulte que nombre de malades en ont bénéficié à leur sortie du sanatorium. Deux, notamment, de profession totalement différente, ont pu obtenir une place d'aide-comptable qu'ils tiennent à la satisfaction de leurs employeurs.

Ces cours (Français, Anglais, Comptabilité, Sténo et Dactylographie, Technique automobile), pour la plupart assidûment suivis, permettent aux malades obligés d'abandonner leur métier, de s'orienter dès leur entrée au sanatorium vers une autre profession moins fatigante, et, bien souvent, plus lucrative.

2° Pour les femmes.

Les ateliers réservés aux femmes sont évidemment en nombre plus restreint.

Cependant, un grand ouvroir où leur sont enseignées :

COUTURE,

BRODERIE,

LINGERIE,

BONNETERIE,

TAPISSERIE,

FABRICATION DE POUPÉES,

leur permet de travailler un peu, et parfois même d'apprendre un métier qui pourra, dans la suite, apporter quelque amélioration à leur budget.

Il existe, en outre, pour les femmes comme pour les hommes, des cours de sténo-dactylographie, comptabilité, anglais, dont il est superflu de vanter l'utilité.

Plusieurs pensionnaires sont également initiées au travail d'infirmières et les connaissances acquises à Bligny permettent à un certain nombre d'entre elles de remplir très honorablement les fonctions d'infirmière dans les sanatoriums où elles ont été placées.

Nous venons de montrer l'organisation existant à Bligny pour la réadaptation au travail. Nous nous défendons d'en vouloir faire un modèle à prendre pour type. Nous avons voulu simplement montrer comment, avec des installations peu coûteuses, puisque, nécessaires en grande partie à la bonne marche d'un sanatorium, ceux-ci les possèdent déjà, on pouvait redonner progressivement à des malades la capacité de travail dont ils ont besoin pour reprendre leur place dans la Société.

Quelques sanatoriums possèdent déjà une organisa-

tion de ce genre. Tous *doivent* la posséder, quittes à commencer sur des bases modestes. Un atelier, puis un autre s'ajouterait à l'organisation primitive et ainsi verrait-on se constituer, dans le sanatorium, où dans ses environs, un centre de réadaptation au travail où en plus, les malades pourraient apprendre un nouveau métier, et ce qui est très précieux, retrouveraient leur confiance en leur capital-travail que beaucoup pensaient avoir perdu à jamais en entrant au sanatorium.

*
* *

Les malades reprennent donc dans ces centres l'habitude du travail et la résistance physique nécessaires à leur sortie du sanatorium.

C'est à partir de ce moment que va jouer l'assistance post-sanatoriale « proprement dite ». Elle va s'appliquer à toutes les catégories de malades sortant du sanatorium, mais avec des modalités différentes, selon les possibilités de travail.

Nous conserverons la classification de M. Vos qui nous semble correspondre le mieux à la réalité. Rappelons-la brièvement :

1^o Malades en état de reprendre leur place dans la Société, sans aucune restriction ;

2^o Malades partiellement aptes au travail, eux-mêmes divisés en deux groupes :

a) Malades susceptibles d'amélioration ou de guérison et pouvant passer, dans un avenir plus ou moins proche dans le groupe I ;

b) Malades dont la capacité de travail est partiellement mais définitivement diminuée ;

3° Malades gravement atteints auxquels aucun traitement ne pourra rendre leur capacité de travail.

GROUPE I. — Les malades de ce groupe n'auront pour ainsi dire pas besoin d'assistance, sauf dans un cas particulier sur lequel nous reviendrons.

La plupart reprendront leur ancien métier, ou une branche de cet ancien métier, le plus souvent chez leur ancien employeur. Rappelons combien il serait utile aux malades que les employeurs fussent en rapport constant avec le Médecin-Directeur du sanatorium où ils ont été soignés, afin qu'ils puissent donner à chaque malade, dans la mesure du possible, la place convenant le mieux à sa capacité de travail, tout au moins au début.

Les anciens malades eux-mêmes, instruits par leur séjour au sanatorium de toutes les règles d'hygiène, n'auront plus besoin que d'une surveillance médicale régulière, assurée par leur médecin traitant ou par le Dispensaire dont ils dépendent.

La reprise de leur ancien métier peut constituer, pour certains, un danger sérieux. Ils devront donc en changer et là encore l'assistance post-sanatoriale pourra leur être d'une aide précieuse. Auront-ils eu le temps, au cours de leur réadaptation au travail, d'apprendre un nouveau métier ? Il est probable que non, mais il est fort possible qu'ils en aient suffisamment appris pour pouvoir entrer dans une maison où ils achèveront leur

apprentissage, à salaire réduit évidemment, jusqu'au jour où leurs connaissances les autoriseront à demander une place et un salaire en rapport avec leurs capacités.

C'est pour ceux qui ne trouveraient pas de place à leur sortie du sanatorium que divers modes d'assistance ont été institués.

L'expérience des Américains avec les bureaux de placement pour tuberculeux guéris, en a montré le rendement très onéreux et l'inefficacité, logique d'ailleurs. Il est, en somme, peu d'organismes qui aient donné satisfaction, et, dans cet ordre d'idée, les œuvres privées ont prouvé leur plus grande utilité.

Citons en premier lieu :

1° *La Ligue pour l'adaptation au Travail du diminué physique* de Mlle SUZANNE FOUCHÉ.

2° *Les sociétés amicales de pensionnaires et anciens pensionnaires de sanatoriums*, qui, par l'aide qu'elles apportent, peuvent faciliter, à beaucoup de malades, les moyens de chercher et de trouver une place.

Enfin, nous estimons que le service social du *Dispensaire* pourrait et devrait déléguer une assistante chargée plus spécialement du placement des tuberculeux guéris.

Nous avons dit plus haut que les malades de ce groupe n'auraient, pour ainsi dire, pas besoin d'assistance, sauf dans un cas particulier.

C'est le cas où ils seraient porteurs d'un pneumothorax artificiel. La question de la réinsufflation de leur pneumothorax est pour ces malades, une question vi-

tale à laquelle il n'est pas, pour l'instant, de réponse précise bien établie.

Ne revenons pas sur une discussion que nous avons déjà longuement exposée. Nous estimons que c'est un *devoir* pour les dispensaires antituberculeux que de réinsuffler les malades *indigents* ou de situation très modeste, porteurs de pneumothorax artificiel.

Nul n'ignore combien les hôpitaux sont actuellement débordés par le nombre toujours croissant de porteurs de pneumothorax ! En outre, combien d'hôpitaux de province sont outillés, tant au point de vue médical qu'instrumental, pour faire des réinsufflations ? Nous connaissons nombre de malades peu fortunés, partis se reposer quelques jours en province, qui furent obligés de revenir à Paris, d'écourter leur séjour à la campagne parce que le dispensaire ne réinsufflait pas, l'hôpital non plus, et qu'ils ne pouvaient pas payer ce que demandait, d'ailleurs fort légitimement, le médecin-praticien de l'endroit.

Rien ne s'oppose légalement, nous l'avons montré, à ce que le dispensaire fasse des réinsufflations, et, pratiquement, il n'est pas, croyons-nous, de médecin de dispensaire qui ne puisse, en accord avec l'Office ou le Comité anti-tuberculeux de son département, accorder une heure ou deux par semaine à une séance de réinsufflations.

Il reste bien entendu que cette forme d'assistance post-sanatoriale est réservée aux seuls malades dépendant de l'assistance médicale gratuite, totale ou partielle, et par là nous entendons comprendre les malades à ressources très réduites.

GRUPE II. — Il comprend les malades qui ont besoin d'une assistance temporaire ou permanente.

Nous avons déjà passé en revue les moyens divers mis en œuvre dans différents pays pour leur venir en aide. Aucun ne s'impose véritablement au point de vue pratique. L'idéal, évidemment ce serait des colonies du genre Papworth... Mais c'est un idéal qui coûte cher, on l'a vu pour la cité sanitaire de Salagnac, et, l'avenir nous dira si ces millions n'auraient pas pu être employés de façon aussi efficace pour un plus grand nombre de malades. En effet, c'est beaucoup d'argent dépensé pour apporter une aide, certaine il est vrai, à un nombre malgré tout restreint de malades.

Nous avons vu également qu'aucun atelier, aucune industrie, employant des tuberculeux à capacité de travail réduite, ne pouvait réussir à équilibrer son budget. Tous ont fait faillite, ont disparu, ou ne se maintiennent que grâce à de généreuses subventions.

Ceci nous autorise à affirmer que de tels malades seront toute leur vie, entièrement ou partiellement, à la charge de collectivités ou de particuliers.

Nous entendons par là que :

1^o Ils ne pourront pas fournir un travail tel, que le salaire qui en résulte soit suffisant pour les faire vivre;

2^o Leur capacité de travail ne sera pas assez élevée pour que l'atelier qui les emploie puisse subsister sans appui d'un autre côté.

L'aide que devra apporter ces collectivités ou particuliers à ces malades sera donc de deux sortes ;

1^o Aider les malades eux-mêmes à subsister avec le salaire réduit qu'ils toucheront ;

2^o Combler financièrement le déficit budgétaire de l'atelier qui les utilise.

Nous avons employé à dessein le terme de « collectivités ou particuliers » pour désigner ceux qui s'occuperont de l'aide apportée aux malades de cette catégorie.

Nous savons, en effet, que l'État Français ne peut, dans l'état actuel de nos finances, assumer la lourde charge de venir complètement en aide à ces malades. Mais il devrait quand même y participer, par exemple, en affectant une partie des fonds de la caisse des cercles à cet objet spécial et en inscrivant les ateliers de tuberculeux sur la liste des organisations et œuvres antituberculeuses qui peuvent participer à la répartition annuelle des fonds provenant de cette crise.

Par ailleurs, en raison de l'intérêt qu'il y a lieu d'accorder à cette importante question de l'assistance post-sanatoriale et de l'avenir des tuberculeux qui, après une cure, sont encore hors d'état de fournir un travail normal, on pourrait demander et obtenir du Comité National de Défense contre la Tuberculose, qu'il veuille bien, lui aussi, comprendre les ateliers de tuberculeux et les organisations similaires parmi les bénéficiaires des ressources provenant des campagnes du timbre, en signalant, de plus, ces organisations aux Offices et Comités départementaux bénéficiaires des produits de la vente du timbre ou de subventions spéciales affectées aux défenses sociales contre la tuberculose.

Toute œuvre privée de bienfaisance, désirant s'inté-

resser à la création d'ateliers de ce genre, serait donc encouragée par l'assurance qu'elle aurait de trouver d'abord du côté de l'Etat, une aide dans le genre de celle qu'il apporte à la création des Sanatoriums, des Préventoriums et des Dispensaires.

Assurées de ces concours financiers, les œuvres de bienfaisance pourraient envisager la réalisation du programme de l'aide aux tuberculeux à capacité de travail réduite, à l'instar de ce qui est actuellement en voie d'exécution en Italie, aux dires de M. Morelli : création d'ateliers fabriquant tout ce qui est nécessaire aux sanatoriums, d'où facile écoulement des produits.

Ce programme, malgré sa complexité plus grande qu'un examen superficiel ne pourrait le faire croire, serait le moyen qui, nous le pensons, s'avèrerait comme le plus économique, tout en étant efficace.

Les besoins des sanatoriums sont connus de façon très précise, et il est facile de fixer exactement les quantités de chaque produit nécessaires à la consommation des sanatoriums, et, par là même, le nombre et l'importance des ateliers nécessaires, tant agricoles qu'industriels.

D'un autre côté, la multiplicité et la variété des besoins des sanatoriums, quoique nécessitant la création d'ateliers nombreux et variés, permettraient l'utilisation, à leur emploi habituel, de la plupart de nos sanatoriés : d'où meilleur rendement.

Il est évident que rien ne forcerait les sanatoriums à se servir à ces ateliers, mais, assurés de prix avantageux

et de bonne qualité, quelles raisons auraient-ils de ne point s'y fournir ?

D'autre part, les Départements qui, pour la plupart, possèdent un sanatorium, n'auraient-ils pas intérêt à la construction d'ateliers de ce genre, qui leur permettraient une grosse économie en fournissant leur sanatorium de produits fabriqués par eux ?

Les ateliers, qui pourraient être disséminés à travers la France, au voisinage immédiat des grands centres, à leurs portes si possible, dans des climats variés (plaines, montagnes), seraient surveillés médicalement par le médecin du Dispensaire ou du sanatorium régional. Celui-ci devra s'assurer des débouchés rapides pour remettre, dans le minimum de temps possible, le malade au repos dans le sanatorium, en cas d'incident au cours du travail.

Toute latitude sera laissée au malade et à sa famille de se loger où bon lui semblera, mais, au cas où des difficultés surgiraient, il faudrait que ces malades eussent à leur disposition un local comprenant des logements-sanatoriums, dont nous avons étudié plus haut les modalités de location.

Le médecin, chargé de suivre ces malades, jugerait les progrès du malade ou de la maladie, et, en conséquence, aiguillerait le malade :

· Dans le premier cas, vers la vie normale, pour laisser sa place à un autre, et il serait alors justiciable de l'assistance aux malades du groupe I.

· Dans le deuxième cas, vers le service hospitalier, l'hôpital-sanatorium, ou les logements-sanatoriums, assistance aux malades du Groupe III.

GRUPE III. — Aux malades de ce groupe, rien ne rendra la santé ni la capacité de travail. En face d'eux la médecine est, le plus souvent, désarmée, et l'on ne peut que s'efforcer de les entourer du plus de réconfort moral et matériel possible, en s'efforçant aussi, de leur assurer les soins dont, peut-être, ils pourraient encore bénéficier.

Aux malades mariés, les logements-sanatoriums donnent la possibilité de vivre dans leur foyer, entourés de leur famille et sans danger pour elle. Il y aurait, nous le pensons, un gros intérêt à ce que cette forme d'assistance post-sanatoriale, qui s'est révélée excellente, efficace et économique, fut étendue davantage de façon à donner au plus grand nombre de malades possible la joie de rester dans leur foyer, tout en étant suivis médicalement de manière efficace.

Pour les autres, l'hôpital-sanatorium, bien organisé et bien outillé, ou, à défaut, le service hospitalier, seront d'un utile secours puisqu'on y pourra soulager leurs maux, les faire profiter, si possible, des méthodes modernes de traitement et, dans le cas contraire, adoucir leurs derniers moments, autant que peut le permettre la thérapeutique actuelle.

Nous tenons à souligner une conséquence *très importante* de cette assistance aux malades pour lesquels la médecine ne peut plus rien : elle permettra de récupérer un nombre relativement important de places dans les Sanatoriums, pour des malades susceptibles de guérison, de grande amélioration et de réadaptation complète au travail.

CONCLUSIONS

L'étude précédente et l'ensemble des propositions et travaux qui y sont rapportés nous permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

I. — Dans les conditions actuelles de recherche et de recrutement des tuberculeux et avec les progrès réalisés par les nouvelles méthodes de traitement de la tuberculose pulmonaire, le plus grand nombre des malades ayant fait une cure et sortant des sanatoriums peut reprendre le travail, soit immédiatement, soit après une période d'entraînement progressif, plus ou moins prolongée.

II. — *Les préparations et réadaptations progressives au travail* trouvent leurs meilleures conditions de réalisation et de réussite dans les centres de traitement, sanatoriums et hôpitaux-sanatoriums, ou dans leurs annexes, sous la surveillance immédiate du médecin.

En conséquence, il apparaît indispensable d'envisager et de généraliser, immédiatement, la création, à côté ou dans les sanatoriums et hôpitaux-sanatoriums, d'orga-

nisations de travail, agricoles ou industrielles, bien outillées et bien dirigées, permettant d'apprécier la capacité et la résistance des malades en les réadaptant à la vie normale.

En restant sur le terrain pratique des possibilités matérielles et financières actuelles, ces organisations de travail sont les plus facilement et les plus économiquement réalisables.

III. — Deux catégories de malades sont justiciables des méthodes de réadaptation au travail :

A) Les tuberculeux inactifs dont la durée de préparation peut être assez courte et qui, sauf incidents, exigeant une prolongation de soins, sont aptes à reprendre, sans restriction, leur place dans la société.

B) Les tuberculeux encore actifs dont la réadaptation devra être plus prudente et plus prolongée, pouvant aboutir soit à une stabilisation définitive ou passagère, soit à une aggravation exigeant une assistance temporaire ou permanente en rapport avec leur état.

IV. — L'ASSISTANCE POST-SANATORIALE doit comprendre l'ensemble des moyens propres à faciliter aux tuberculeux la reprise de leur place dans la Société et l'utilisation de leur travail dans les limites et conditions où leur état leur permet de travailler, sans danger pour eux ni pour les autres.

Pour cela, cette assistance doit, tout d'abord, s'exercer par l'aide à leur donner dans le choix du travail qui leur convient le mieux et les ménagements de leur

effort ; par l'hygiène à leur assurer dans leurs occupations comme dans la famille ; par la surveillance médicale dont il est facile de les entourer, en faisant appel au Dispensaire.

V. — En s'efforçant de prévenir les difficultés que soulève trop souvent la phobie de la tuberculose, il importe de s'assurer le concours et la sympathie des milieux administratifs, industriels et commerciaux, ainsi que de tous les employeurs qu'il faut intéresser à la cause des tuberculeux pour obtenir qu'ils prennent ou reprennent ces malades quand ils reviennent rétablis, en leur attribuant ou rendant leur emploi, ou tout autre emploi reconnu plus convenable pour eux.

VI. — L'assistance aux malades sortant des centres de traitement, sanatoriums et hôpitaux-sanatoriums, particulièrement en ce qui concerne les secours dont ils ont besoin et la recherche d'un emploi, pourra utilement s'exercer :

A) Par les Dispensaires en relation permanente avec les Sanatoriums, avec les employeurs et avec les Associations agréées d'hygiène sociale, comme celles qui existent dans le Département de la Seine.

B) Par les Associations amicales de pensionnaires et anciens pensionnaires de sanatoriums.

C) Par les Associations créées en vue de venir en aide aux malades, telles que la Ligue pour l'Adaptation au Travail du Diminué physique qui a déjà fait la preuve de l'efficacité de son effort.

VII. — L'assistance post-sanatoriale doit comprendre, encore, l'aide indispensable à apporter aux porteurs de pneumothorax artificiel, pour les réinsufflations et l'entretien régulier de leur pneumothorax.

Les malades soumis à cette méthode de traitement sont de plus en plus nombreux et, en raison de l'insuffisance de leurs ressources, ils sont en majorité incapables d'assurer, par leurs moyens, l'entretien de la collapsothérapie qui garantit leur stabilisation et leur possibilité de travailler. Il y a donc là une organisation de secours qui, au point de vue médical et social, est de première importance. Aussi, étant données les directives nouvelles de nos moyens de défense prophylactiques et thérapeutiques contre la tuberculose qui obligent à élargir les attributions des Dispensaires, rien, par ailleurs, n'y mettant obstacle, on peut et on doit se servir de ces organismes pour créer et entretenir des postes d'entretien de pneumothorax artificiel, bien outillés et suffisamment nombreux pour satisfaire à un besoin qui devient de plus en plus impérieux.

VIII. — Pour les tuberculeux à capacité réduite, on peut envisager la création, à proximité des grands centres urbains, d'ateliers de travail et de colonies agricoles et industrielles, par des Administrations publiques ou des œuvres privées, auxquelles devraient être assurées des subventions à prévoir, par exemple, sur les caisses alimentées par les Cercles et les jeux.

Il y aurait grand avantage à ce que les produits de ces colonies et ateliers puissent trouver un écoulement

facile du côté des sanatoriums, dont ils deviendraient les fournisseurs.

Malheureusement, la question des fonds nécessaires à la réalisation de ce genre d'établissements paraît être une difficulté avec laquelle il faut beaucoup compter.

IX. — Les Colonies, villages et cités sanitaires, genre Papworth ou Salagnac, représentent incontestablement un type remarquable d'organisation, un idéal dans l'assistance complète aux tuberculeux de toutes catégories, mais, là encore, les dépenses considérables exigées pour la création et le fonctionnement normal de ces organismes soulèvent des questions financières qui, sur le terrain pratique des possibilités, constituent des obstacles sérieux à leur généralisation.

X. — Les grands malades, les tuberculeux hors d'état de travailler, recevront les soins qui leur sont nécessaires, dans les hôpitaux-sanatoriums, dans les services hospitaliers pour tuberculeux, où on devra pouvoir encore les faire bénéficier des méthodes les plus nouvellement introduites dans la thérapeutique de la tuberculose.

Quant aux logements-sanatoriums, ils s'offrent pour donner asile, dans les meilleures conditions, aux malades vivant avec leur famille, lesquels doivent être obligatoirement l'objet d'une surveillance particulière exercée par des infirmières ou des médecins.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER. — Rééducation pour les tuberculeux des classes moyennes (*VIII^e Conférence internationale contre la Tuberculose*, Amsterdam, 9 septembre 1932).

ALLAN J. W. — Travaux gradués au Sanatorium de Bellefield (*Glasgow Medical Journal*, janvier 1911).

BACHMAN E. — Tuberculose et Travail (Contre la Tuberculose. Annexe au *Bulletin du Service Suisse d'Hygiène publique*, 1920, n^o 3, p. 33).

BACHMAN Ernest. — Le travail des tuberculeux et le placement de ces malades après la sortie du Sanatorium (*III^e Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose*, Bruxelles, 11 et 13 juillet 1922).

BAILLET. — Village-Sanatorium, sanatorium et hôpital-sanatorium. (*Presse médicale*, 11 décembre 1926).

BARDSWELL. — Des ateliers urbains pour des travailleurs tuberculeux (*Tubercle*, septembre 1926, p. 577).

BARNE K. L. — Papworth. All tuberculosis, colony and village settlements (*Cambridgeshire, England, J. C. N.* January 1927, pp. 44-50).

BAUMLER et FREIBURG. — Muskeltätigkeit und körperliche Arbeit in Heilplan der Lungentuberkulose (*Zeitschrift für Tuberkulose*, Bd. 18, H. 6 juillet 1912, p. 521).

BERNARD Léon. — La tuberculose pulmonaire (1 vol. Masson et C^{ie} éditeurs, p. 329).

BERNARD Léon. — Papworth, une solution du problème social de la Tuberculose (*Presse médicale*, 21 octobre 1922, p. 1 757).

BERNARD Léon. — Influence des progrès du diagnostic, du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose sur l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse (*Revue de la phthisiologie médico-sociale*, juillet-août 1932, p. 361).

BERNARD Léon. — Les directives nouvelles de la lutte anti-tuberculeuse (*La Revue de Paris*, 1^{er} février 1933, p. 622).

BERQUIST Charles W. — Le travailleur tuberculeux et son placement dans l'industrie (*American Journal of public health*, 1929, n° 3, p. 265-273).

BERTHELOU. — Doit-on faire travailler les tuberculeux? (*La tuber. dans la Pratique médico-chirurgicale*, 25 février 1910, p. 109-119).

BESANÇON Fernand. — Les bases actuelles du problème de la Tuberculose (Gauthiers-Villars, 1922).

BESANÇON Fernand. — Orientation nouvelle de la lutte anti-tuberculeuse créée par la généralisation des méthodes de collapsothérapie (Communication à l'Académie de médecine, suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Léon Bernard, Emile Sergent et Marcel Labbé, séance du 13 mai 1930).

BIGGS H. — L'utilisation du travail et de l'exercice dans le traitement de la tuberculose pulmonaire au sanatorium d'Otisville (*Journ. of the outdoor life*, août 1911, p. 200).

BLACKMORE F. J. — Note sur l'emploi des personnes tuberculeuses dans l'Industrie (*Tubercle* 1921, 11, 209).

BLUMEL Karl. — Assistance post-sanatoriale (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 9 septembre 1932).

BOUIN Mme — A propos de l'entretien du pneumothorax artificiel dans les Dispensaires (*Bulletin de la Société*

des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires, février 1926, p. 20).

BOUKHORST W. et SENARENS G. S. — L'assistance aux tuberculeux après le Sanatorium (Publication de l'Association de lutte anti-tuberculeuse. Utrecht 1924. *Bulletin de l'Office international d'hygiène publique*, juillet 1924, n° 7, p. 909).

BOULOUMIE P. — Colonies sanitaires agricoles (*Bulletin de l'Union des femmes de France*, juin 1912).

BOULOUMIE P. — L'effort anti-tuberculeux de l'Union des femmes de France (*Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose*, 1920, I. 54).

BRIEGER Ernst. — Zur physiologie und Pathologie der Arbeit bei tuberkulose (Soc. Silésienne de cult. nat. Breslau, séance du 22 juin 1928, *Deutsche Med Wochenschr*, 31 août 1928, n° 35, p. 1.483-1.484).

BRIEGER Ernst. — Zur physiologie der Arbeit beim Phtisiker (*Mediz. Klin.* 23 novembre 1928 n° 47, p. 1819-1822. *Revue de Phtisio. médico-soc.*, mars avril 1929, p. 20).

BRIEGER Ernst. — Traitement illimité dans des colonies d'ateliers (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LX, n° 5-6, mai 1931).

BRISAUD. — L'assistance post-sanatoriale (*Marseille médical*, t. XV, n° 20, 15 juillet 1928, p. 67).

BRONKHORST, HEFTING J. D. et VAN LIER J. L. — Assistance rurale du travail thérapeutique et de l'assistance post-sanatoriale (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 9 septembre 1932).

BROWN L. — Le repos et l'exercice convenablement réglés dans la tuberculose pulmonaire (*Journal of the outdoor life*, juin 1911, p. 149).

BRUCE. — Repos et exercice dans le traitement de la tuberculose (*12th annual meeting. Canadian assoc. for the prevention of tuberculosis* Toronto, 21 mai 1912).

BRUNON R. — Repos en tuberculose (*Bulletin médical*, nos 69 et 71, août et septembre 1912).

BRUNON R. — Le village sanitaire (*Normandie médicale*, 1^{er} novembre 1926).

BURNAND R. — Colonie de travail de Leysin (*Rapport de 1912*, p. 19-20).

BURNAND R. — Travail et tuberculose. Contre la tuberculose (Annexe au *Bulletin du Service suisse d'Hygiène publique*, 1920, n° 1, p. 2 : n° 2, p. 19).

BURNAND R. — Travail et tuberculose (Etudes sur la tuberculose. Leysin 1922, p. 371 (Paris, Masson et C^{ie}).

BURNAND R. — Différence entre la notion du travail prescrit à titre thérapeutique et celle du travail conseillé en vue du réentrainement professionnel (III^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. Bruxelles, 11-13 juillet 1922).

BURNET Etienne. — Principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose (*Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations*, vol. 1, n° 4, décembre 1932).

BURNS. — The respective significance of rest and exercise in the treatment of phthisis (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 mai 1912).

CABOT. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le travail manuel (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 mai 1912).

CAMPANI Arturo et LOLLINI Clélia. — Institut climatique de la croix rouge italienne. Le travail des tuberculeux au point de vue de leur réadaptation sociale temporaire et permanente (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, octobre 1926).

CAMPANI Arturo et LOLLINI Clélia. — The work of the patients from the standpoint of their temporary and permanent readjustment to social conditions climatic. Institut of the Italian Red cross at cuasso al monte (*Occupational*

therapy and rehabilitation, october 1927, p. 357, et *la Crociata* 1925, p. 362).

CAMPBEL KLEIN Alice et GRANT CHOBURN. — Employment of the tuberculoze (*New-York tuberculosis and Health Association*, May 5th, 1927).

CAMPBEL KLEIN Alice et GRANT CHOBURN. — Un bureau de placement pour les tuberculeux (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, juillet 1929).

CANTONNET Paul. — Du travail chez les tuberculeux (*Archives de médecine et pharmacie militaires*, 1917).

CANTONNET Paul. — Hygiène et lutte antituberculeuse (Conférences 18 et 25 mars 1918. *Collège libre des Sciences sociales*).

CHAPMAN J. E. — Memorandum sur le rôle des « Colonies » (Institutions pour l'entraînement et l'emploi dans le traitement des tuberculeux *H. M. Stationery Office*, London 1918).

CHAUSSIDIÈRE Camille. — La lutte sociale contre la tuberculose (1 v., 235 p. 1931).

COLLET Rodolphe. — Le problème post-sanatorial. La cité sanitaire pour tuberculeux (*Thèse de Bordeaux*, 1932).

COLLIS Edgar-L. et Major GREENWOOD. — La santé du travailleur industriel (D. et A. Churchill, London, 1921).

COURCOUX A. — De quelques indications au sujet du travail du tuberculeux (*Revue médico-sociale*, janvier 1933, page 5).

COURTOIS. — Rééducation professionnelle des tuberculeux. Projet de création d'un atelier de rééducation en annexe au Sanatorium Marciselle (*Revue Belge de la tuberculose*, mai juin 1929).

CRUCHET, HERVÉ, LABESSE, LE PAGE, ROURE, TRIOLLET. — Discussion sur le rôle du dispensaire antituberculeux dans la cure par le pneumothorax artificiel (*Bulletin de la Société des Médecins de sanatoriums et de dispensaires*, juin 1925, pages 23-24).

DAVRINCHE, GUILLUY, MARTIN. — A propos de l'entretien du pneumothorax artificiel dans les dispensaires (*Bulletin de la Société des Médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale*, février 1926, page 25).

DUMAREST. — La cure de travail chez les tuberculeux (*Bulletin Médical*, 24 novembre 1909).

DUMAREST. — Organisation et mise en œuvre d'une cure de travail dans un sanatorium populaire (*Paris Médical*, 22 juillet 1916).

EBER Edgar. — Rôle du dispensaire antituberculeux, dans la cure par le pneumothorax artificiel (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires*, juin 1925, p. 21).

EBER Edgar. — Entretien du pneumothorax artificiel dans les dispensaires (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires*, février 1926, page 24).

FOUCHÉ Suzanne. — L'adaptation au travail du diminué physique. Conférence faite au Havre (*L'Infirmière française*, avril 1929, p. 139).

FOWLER (Sir) James Kington. — Problems in tuberculosis. Administration. Diagnosis. Employment. Settlements (Henry Frowde and Hodder et Stoughton, 1, Bedford Street, London).

FRENKEL Aliné. — Les œuvres post-sanatoriales. Etude médico-sociale (*Thèse de Toulouse*, 1930).

FREUND. — Arbeitsvermittlung für die aus der Lungenheilstätte zur Entlassung kommenden Pfléglinge (*Mém. de la Croix Rouge all. pour le Congrès de Washington*, 1908).

GELLE. — Les indications cliniques de la cure de travail chez les tuberculeux pulmonaires (*Thèse de Paris*, 1920).

GIMBERT H. — La cure de travail (*Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XVII, Paris, 1920, p. 176, Maloine, éditeur).

GIRAUD Albert. — Précis de phtisiologie (Doin, éditeur) p. 292.

GRANT Irène. — Pratical side of occupational therapy (*Modern Hospital*, 1920, XV, 504).

GUINARD Louis. — Après le sanatorium (*Rapport présenté à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose*, séance du 1^{er} juillet 1911).

GUINARD Louis. — L'activité et le travail pendant la cure de la tuberculose aux Sanatoriums de Bligny (*La Médecine*, mai 1922, p. 603).

GUINARD Louis. — Activité et travail au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire et chez les tuberculeux chroniques (Conférence faite le 26 mai 1922, à l'Assemblée générale de l'Œuvre des Sanatoriums populaires de Paris, et communication à la Conférence internationale contre la tuberculose. Bruxelles, juillet 1922).

GUINARD Louis. — La Pratique des Sanatoriums (Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris 1925, p. 115, 189, 192).

GUINARD Louis. — A propos de l'entretien du pneumothorax artificiel dans les Dispensaires (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires*, juin 1925, p. 25).

GUINARD Louis. — Entretien des pneumothorax dans les Dispensaires, d'après les rapports et communications présentés à la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'hygiène sociale (*Bulletin de la Société*, février 1926, p. 30).

GUINARD Louis et Urbain. — Notes générales sur l'organisation des centres spéciaux pour la création de pneumothorax (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'Hygiène sociale*, octobre 1927, p. 24).

GUINARD Louis. — Le Préventorium de Sillery, Colonie Franco-Britannique d'adaptation à la vie rurale (*Revue de phthisiologie*, mars avril 1928).

GUINARD Louis. — Assistance post-sanatoriale (*Rapport à la VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, La Haye-Amsterdam, 6-9 septembre 1932, et *Revue*

de *phtisiologie, médico-sociale*, septembre-octobre 1932, p. 489).

GUINARD Urbain. — Projet de rétribution à propos de l'entretien des pneumothorax au Dispensaire (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'Hygiène sociale*, février 1926, p. 26).

GUINARD Urbain. — Entretien du pneumothorax artificiel dans les Dispensaires (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires*, février 1926, p. 20 à 24).

GUINARD Urbain. — Hopital sanatorium, sanatorium-village (*Presse médicale*, 15 janvier 1927).

HALL. — Occupational therapy, in 1921 (*Méd. Hospital*, 1922, t. XVIII, p. 61).

HAMANT. — La cure de travail appliquée au traitement de la tuberculose pulmonaire (*La tuberculose et La Pratique médico-chirurgicale*, 25 janvier et 10 février 1910).

HAZEMANN R. H. — La cité sanitaire pour tuberculeux, organisation du service médico-social, *XVII^e Congrès d'Hygiène*, Paris, octobre 1930).

HAZEMANN R. H. — La cité sanitaire des blessés du poumon (*Revue d'Hygiène et de médecine sociale*, février 1932).

HOCHHAUSER Edward. — Tuberculosis occupational therapy and employment (*Bulletin of the national tuberculosis Ass. sanitary*, 1922).

HOCHHAUSER Edward. — After sanatorium what? Vocational guidance (*Hosp. Social service*, juillet 1927).

HOLCOMB. — Travail gradué en tuberculose (*Assoc. of military surgeons of the United States*, 21 Annual meeting, Baltimore 1912).

HUMBERT Fr. — La cure de travail dans la tuberculose et les tuberculeux au travail (*Revue internationale d'Hygiène publique*, nos 2 et 3, 1921, p. 201 et 321).

HUMBERT Fr. — Colonies et ateliers des convalescents (*Revue internationale d'Hygiène publique*, 1921).

HUNT F. H. — Occupational therapy for the tuberculous (*Boston medic. and surgical journal*, 1920, CLXXXIII, 356).

ICHOK. — L'assistance par le travail aux tuberculeux nécessiteux (*Revue philanthropique*, 15 septembre 1920, t. XLI, n° 277, p. 47).

ICHOK. — Le travail des malades et des infirmes (Librairie des Sciences politiques et sociales, Paris 1931).

INMANN. — The effect of exercise on the opsomic index of patients suffering from pulmonary tuberculosis (*Trans. Medical soc. of London*, vol. XXXI, 1908, in *Lancet*, 1908, p. 220. *Trans. of the sixth Cong. on tub.*, Washington 1908).

JACQUEMIN. — Rééducation et placement des tuberculeux consolidés (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires*, juin 1928, page 23).

JACQUEROD. — Le travail des tuberculeux (*III^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*. Bruxelles 11-19 juillet 1922).

JOHNSTON J. — Une colonie de travail pour tuberculeux (*Journal of the Royal sanitary Institute*).

KAY F. N. et MENZIES. — Le rôle joué par les colonies de rééducation au travail dans le traitement de la tuberculose (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, juillet 1924, page 3).

KIDNER Thomas-Bessel. — Travail pour tuberculeux pendant et après la cure (*Archives of occupational therapy*, June 1924, n° 3).

KIDNER Thomas-Bessel. — Le travail des tuberculeux pendant et après la cure (*Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Bruxelles, juillet 1922).

KIRCHNER (Uberdie). — Arbeits-vermittlung für Mindererwerbsfähige Tuberkulose. Jetziger Stand, Mängel und

zukünftige Ausgestaltung (Sur les offices du travail pour les tuberculeux en état d'incapacité partielle. Etat actuel, défauts, avenir). (*Zeitschr. F. Tuberk.*, 1925, t. XLII, 65, p. 398. Analysé par P. Mei-Danemark, *Revue de phtisiologie médico-sociale*, septembre et octobre 1924.

KNOPF. — Les occupations des tuberculeux sans fièvre (*Med. Record*, 24 janvier 1914).

KNOPF. — A propos de l'assistance post-sanatoriale (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*. Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

KOHLER. — La capacité de travail après la cure de sanatorium (*Zeitsch. für Tuberk.*, mai 1911, p. 520).

LAFFORGUE. — La cure de travail chez les tuberculeux et l'orientation professionnelle de ces malades (*Toulouse médical*, n° 13, juillet 1930, p. 493).

LAFFORGUE, ANDRIERE, FRENKEL Aline. — Les œuvres post-sanatoriales (*Progrès médical*, 30 octobre 1930).

LANDIS. — Essai d'utilisation des tuberculeux non évolutifs (*American rev. of the tub.*, juin 1922).

LE PAGE. — A propos de l'entretien du pneumothorax artificiel dans les dispensaires (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'Hygiène sociale*, février 1926, p. 20).

LEURET. — Les tuberculeux dans les hôpitaux. L'œuvre à créer. Comment secourir les tuberculeux ? (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1917, n° 3, p. 59).

LÉVY G. — La tuberculose dans la classe ouvrière (sur l'influence des professions sur le développement de la tuberculose, 1928, p. 215).

LUIZY. — A propos de l'entretien du pneumothorax dans les Dispensaires (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires*, février 1926, p. 25).

MAHER Stephen. — Rôle de l'Etat dans l'assistance post-sanatoriale (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 6 9 septembre 1932).

MALAN Guido. — Utilité de la cure de travail (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*. Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

MARCHOUX. — Sur l'organisation du travail de la terre pour les tuberculeux (*Commission permanente de préservation contre la tuberculose*, séance du 22 juin 1917).

MARCLAND R. — L'assistance aux tuberculeux par colonie sanatoriale d'habitation à bon marché (*Presse médicale*, n° 48, 28 août 1919, p. 680).

MARTIN André, JANICOT et LUIZY. — Rapport sur l'entretien du pneumothorax dans les Dispensaires (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'Hygiène sociale*, février 1926, p. 11).

MESTREZAT. — Quelques documents relatifs à la vie au grand air (*Société de Médecine publique et de génie sanitaire*. Assemblée générale du 23 février 1921).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE BRITANNIQUE et les Colonies sanatoriales (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, janvier 1932).

MORROW Joseph R. — The new program of the tuberculosis association for the after cure of sanatorium patients and its bearing on curative work in the sanatorium (*Occupational therapy and rehabilitation*, June 1929, vol. VIII, n° 3, p. 159-169).

MOUISSET. — Quelques réflexions à propos du travail pendant la cure (*LII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*. Bruxelles, 11-13 juillet 1922).

MOUISSET. — Amélioration désirable dans l'organisation de la lutte contre la tuberculose (*Revue de phthisiologie médico-sociale*, mai-juin 1930, p. 233).

MOUISSET. — Rapport du Comité départemental du Rhône, pour la lutte contre la tuberculose (Année 1931, p. 20 et année 1932, p. 19).

MOUISSET. — Considérations générales sur l'assistance

post-sanatoriale (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

NEANDER. — Le travail des tuberculeux après la cure (*III^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Bruxelles, 11-13 juillet 1922).

NEUMANN W. — Die Arbeitsfaehigkeit der Tuberkuloesen (Arbeit für Kriegsbeschädigte. Bernhart. Deutsch et Schütz, Wien u. Leipzig, 1920. Frantz Deuticke, p. 158).

NOUFFLAND Denise. — Travail et emploi d'ouvriers tuberculeux en France (*Extrait de son Rapport aux docteurs Louste, Rist et Léon Bernard*, 1920).

De NUYL W. — Assistance post-sanatoriale (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

PAASCH Gertrud. — Traitement par le travail dosé dans les colonies d'ateliers (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LX, n^o 56, mai 1931).

PATERSON M. S. — Travail gradué dans la tuberculose pulmonaire (*Trans. Med. Soc. of London*, 13 janvier 1908, p. 131-144; *Lancet*, 25 janvier 1908, p. 216).

PATERSON M. S. — Travail gradué dans la tuberculose pulmonaire (*Trans. of the sixth intern. Cong. on tub.* Washington 1908, vol. 1, Part II, p. 886-900).

PATERSON M. S. — Auto-inoculation en tuberculose pulmonaire (*Brit. Med. Journ.*, octobre 1909, p. 1055).

PATERSON M. S. — Graduated labor for the consumptive (*Brit. Journ. of tub.*, 1st January 1910, p. 36-38).

PATERSON M. S. — Effet de l'exercice en tuberculose pulmonaire (*Journ. of the outdoor life*, août 1911, p. 193).

PATTISON H. and Philip P. Jacobs. — Sheltered Employment for the tuberculous in the United States (*National Tuberculosis Assoc.*, 370, Seventh Avenue, New York).

PESCHER, CREQUY et ROSENTHAL. — La prétendue « Loi du repos » dans la tuberculose pulmonaire (*Société de*

l'Internat de Paris, 30 avril 1914, *Presse Médicale*, 9 mai 1914, p. 358).

PEYTON T. H. — Le rôle de l'établissement de village, colonie d'entraînement, etc. (*Nat. Ass. for Prev. of tub. 8th Conférence*, 1920, 129, Adlard et Son. London).

PHILIP Sir Robert. — Colonie agricole pour tuberculeux (*British med. journ.*, 23 juillet 1898).

PHILIP Sir Robert. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par le travail gradué (*Lancet*, 1^{er} Féb. 1908, p. 392).

PHILIP Sir Robert. — Repos et mouvement en tuberculose (*British med. Journ.*, 19 novembre 1910, et 24 décembre 1910).

PHILIP Sir Robert. — La place de l'effort volontaire dans la campagne contre la tuberculose (Geo. Pulman et Sons, Ltd, London, 1924).

PIECHAUD et LAMOTHE. — Organisation de l'assistance post-sanatoriale par l'Etat (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*. Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

PIERRET. — Le village sanatorium vu à la lumière de l'expérience Britannique (*Biologie médicale*, mai 1931).

POTTENGER F. M. — L'application du repos et de l'exercice dans le traitement de la tuberculose (*Trans. of the sixt Intern. Cong.*, Washington 1908, vol. I, part. II, p. 917. *New-York Med. Journ.*, 12 décembre 1908, p. 1109).

RENON L. — Comment s'assurer de la guérison de la tuberculose pulmonaire ? Par l'adaptation progressive de l'activité (*La Médecine*, mai 1920, p. 503).

RICHTER H. G. — Le village sanatorium (Broch. 77 p. Paris 1910, imprimerie spéciale de l'enseign. médico-social intern.)

RICHTER H. G. — Le village sanatorium (*Revue de la Tub.*, avril 1911, p. 105).

ROBERTSON J. Dill. — A vocational school for the tu-

berculous (*American Journ. Clin. Med.*, 1920, XXVII, 309).

ROLLIER A. — La cure de travail des tuberculeux et les colonies de travail des convalescents de tuberculose (*Gazette d'hygiène médicale et Science Sociale de la Suisse Romande*, 1920, t. VI).

ROLLIER A. — La clinique, manufacture internationale pour la cure de soleil et de travail de tuberculeux indigents *La Vie sociale en France*, octobre-novembre-décembre 1929).

ROLLIER A. — Un centre d'héliothérapie et d'adaptation au travail pour les tuberculeux chirurgicaux (*Paris Médical*, 3 janvier 1931).

ROMME. — Auto-immunisation par le travail, comme traitement de la tuberculose (*Presse Médicale*, 4 décembre 1909).

ROUX G. — Une école de rééducation au travail pour tuberculeux (*Presse Médicale*, n° 61, 22 octobre 1919).

ROUX G. — L'avenir social des tuberculeux (Discours prononcé le 3 novembre 1929, à la Réunion des Amis de Mardor).

ROUX G. — La réadaptation au travail des tuberculeux (*Vers l'avenir*, 1^{er} janvier-1^{er} mars 1931).

ROUX G. — Le traitement post-sanatorial (*Marseille Médical*, 15 février 1931).

ROUX G. — Un sanatorium et ses œuvres post-sanatoriales (*Paris Médical*, 7 janvier 1933).

ROUX G. — Le placement des tuberculeux (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*).

ROUX G. et ROURE H. — Contre la tuberculose, pour la race (Amédée Lègrand, 1929).

ROUX G. et ROURE H. — Contre la tuberculose (Pour la race, 1 vol. in-16 *Vers l'Avenir*, Campagne-les-Bains (Aude).

RUESCHER. — Remarques sur la thérapeutique par le travail (*Die Tuberkulose*, t. XII, n° 4, 10 avril 1932).

RUTTIGERS. — Mesure de la cure de travail (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

SABOURIN. — Travail ou repos absolu chez le tuberculeux (*La tub.*, in *La Pratique médico-chir.*, 10 janvier 1910, p. 16).

SAGOND. — Débouchés pour les produits du travail des tuberculeux (*VIII^e Conférence de l'union internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

SALVINI Guido. — Assistenza post-sanatoriale (*VIII^e Conférence internationale contre la tuberculose*, Amsterdam, 9 septembre 1932).

SERGEANT Emile. — La maison de convalescence prolongée ; organe indispensable dans la lutte antituberculeuse (*Paris Médical*, janvier 1922).

SERGEANT Emile et GOUIN (Mme Félix). — La tuberculose et la désertion des campagnes (*Revue de phtisiologie médico-sociale*, mai-juin 1929).

SERSIRON G. — Le travail des tuberculeux pauvres après trois mois de cure au sanatorium (*Presse médicale*, 3 février 1900).

SOLLIER Paul. — Le travail des tuberculeux dans les sanatoriums de Hollande (*Rev. d'Hyg. et de Méd. Préventive*, octobre 1931, p. 743).

STARONIEWICZ. — Sanatoriums et faux sanatoriums. — Les progrès de la phtisiologie ont modifié la conception primitive du sanatorium (*Gruslica*, n^o 5, septembre-octobre 1931).

STEWART D. A. — Du genre de travail qui convient aux tuberculeux à la sortie du sanatorium (*The American Rev. of the tuber.*, juin 1920, p. 292).

STRUTHERS et HUTT. — Ateliers pour tuberculeux (*Tubercle*, 1926, n^o 7, p. 121).

TILLY Jean-Fr. — Les villages de tuberculeux (*Vers l'Avenir*, 1^{er} décembre, p. 12).

TINKER S. — Care and after-care in tuberculosis (*Med. Officer*, 1920, XXIII, 233).

TROY Edward P. — Municipal homes for the open case of tuberculosis (*The Medical Officer*, septembre 30 th. 1922).

UNIVERSITY OF EDINBURGH, Dept. of Tuberculosis. — Working colonies in the treatment of tuberculosis.

VAN GILS J. B. F. — L'Œuvre de l'Association générale néerlandaise pour la lutte contre la tuberculose (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, juillet 1925).

VAN LAETHEM A. — La cure de travail gradué chez le tuberculeux (*Le Scalpel*, 27 avril 1920).

VAN LIER. — Cure de travail de « Zonnestrââl » (*Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*. Amsterdam, septembre 1932).

VARRIER-JONES P. C. — A plea for the consumptive soldier (*Reveille*, novembre 1918, pp. 240-250).

VARRIER-JONES P. C. — L'avenir du problème de la tuberculose (John Bale Sons et Danielsson, Ltd, London, 1919).

VARRIER-JONES P. C. — Colonies des tuberculeux et leur fonctionnement (*The Cambridge Daily News, Ltd*, Cambridge, 1920).

VARRIER-JONES P. C. — Papworth, Colonie antituberculeuse du Comité de Cambridge (*Tubercle*, septembre 1920, p. 589).

VARRIER-JONES P. C. — Etablissement de villages pour les tuberculeux, 1927.

VARRIER-JONES P. C. — The economics of after cure in tuberculose (*British journal of tuberculosis*, octobre 1930).

VARRIER-JONES P. C. — Etablissement de villages pour les tuberculeux (Reproduit du *Fractionner*, vol. CXXVI, pp. 359-368, mars 1931).

VARRIER-JONES P. C. — Papworth, Report of the medical Director for 1930, mai 1931.

VARRIER-JONES P. C. — Aspects budgétaires de l'assistance post-sanatoriale (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, janvier 1932, p. 45).

VARRIER-JONES P. C. — Assistance post-sanatoriale, Colonie de Papworth (*VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, La Haye-Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

VARRIER JONES P. C. et WOODHEAD. — Industrial colonies and village settlements for the consumptive (*The Lancet*, 8 mai 1920, p. 1041).

VAUDREMER Albert. — Œuvre de la Colonie agricole du Cannet pour indigents, convalescents de tuberculose (*L'Œuvre antituberculeuse*, avril 1900, p. 77).

VAUDREMER Albert. — Les colonies agricoles dans la tuberculose (Asile Pasteur, brochure 29 p. J. B. Baillière et Fils, Paris 1903).

VAUDREMER Albert. — Organisation urbaine pour le travail des tuberculeux (*III^e Conférence de l'union internationale contre la tuberculose*, 11-13 juillet 1922).

VIGNÉ Albert. — De la valeur thérapeutique du travail musculaire systématisé en tuberculose pulmonaire (*Thèse de Montpellier*, 1914).

VIGNÉ Albert. — De la valeur thérapeutique du travail musculaire systématisé en tuberculose pulmonaire (Paris, J. B. Baillière, 1915).

VIGNÉ Albert. — De l'aptitude au travail des tuberculeux (*Paris Médical*, 2 avril 1917, p. 284).

VINCENT. — La tuberculose dans la classe ouvrière. Le village pour tuberculeux.

VINSAC. — Cure de travail chez les tuberculeux (*Gazette des Eaux*, 18 décembre 1909).

VOGELER W. — Emploi des malades après la sortie du sanatorium (*Journal of the outdoor life*, août 1912, p. 169-174).

VOS B. M. — Arbeitstherapie bei der Lungen-tuberkulose (*Zeitschrift für Tuberk.*, 1919, t. LIII, f. I, pp. 11-20).

VOS B. H. — Traitement des tuberculeux pulmonaires par le travail (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, juillet 1929).

VOS B. H. — Rapport à la VIII^e Conférence internationale contre la tuberculose, (Amsterdam, 9 septembre 1932).

WALKER Jane. — De la thérapeutique par l'enseignement des métiers dans les Sanatoriums (*Medical women's international Journal*, June 1926, vol. I, n^o 3, p. 22).

WALKER Jane. — A propos de l'Assistance post-sanatoriale (VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, Amsterdam, 6-9 septembre 1932).

WALKER Jane, SUTHERLAND P., VALLOW H., JESSEL G., EDWARD P. W., HAWTHORNE C. O., Mc DOUGALL J. B. — La main-d'œuvre tuberculeuse. (*Rapport au Comité de placement du Conseil de la Tuberculose, sur l'assistance médicale et post-sanatoriale. Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, juillet 1931, p. 235).

WASHBURN Elliot. — Le problème de l'occupation des tuberculeux (*Journal of the outdoor life*, décembre 1923, p. 452).

WIBAUX René. — Le centre d'apprentissage post-sanatorial ou préventorial (*L'Infirmière Française*, février 1926, p. 530).

WILLARD B. Soper. — Un plan standard de lutte anti-tuberculeuse (*Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, octobre 1931, p. 349).

WOLFSOHN Rober. — Le village de tuberculeux en Angleterre (*Thèse de Paris*, 1924). Index bibliographique à consulter sur le travail des tuberculeux.

WOODHEAD Sir German Sims et VARRIER-JONES P. C. — Experiences in Colony treatment and after-care (*The Lancet*, november 24 th. 1917).

WOODHEAD Sir German Sims et VARRIER-JONES P. C.

— Further experiences in Colony treatment and after-care (*The Lancet*, August 3rd 1918).

WOODHEAD Sir German Sims et VARRIER-JONES P. C. (avec préface par Sir Clifford Allbutt). — Colonies industrielles et organisation des villages pour tuberculeux (Cambridge University, Press. 1920).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
CE QU'IL FAUT DISTINGUER DANS CE QUE L'ON APPELLE ASSIS- TANCE POST-SANATORIALE	5
QUELQUES NOTES RELATIVES A L'HISTOIRE DE LA RÉADAPTATION- AU TRAVAIL DES TUBERCULEUX ET DE L'ASSISTANCE POST-SA- NATORIALE.....	8
SÉLECTION ET CLASSIFICATION DES MALADES PAR GROUPES.....	13
1° Classification de M. Vos.....	14
2° Classification clinique.....	16
MÉTHODES ET MOYENS EMPLOYÉS POUR LA RÉADAPTATION AU TRAVAIL.....	23
1° Les moyens	24
2° Le choix du métier	27
COLONIES AGRICOLES ET INDUSTRIELLES	30
ASSISTANCE POST-SANATORIALE PROPREMENT DITE.....	33
ASSISTANCE AUX MALADES DU GROUPE I.....	34
1° Aide des Employeurs	34
2° La phobie de la tuberculose	36
3° Travaux des champs ou travaux industriels ?	38
4° Bureaux de placement pour tuberculeux.....	43
5° Ligue pour la réadaptation au travail du diminué phy- sique... ..	46
6° Les associations amicales de pensionnaires.....	47
ASSISTANCE PAR L'ORGANISATION DU TRAVAIL POUR LES MALADES DU GROUPE II.....	50

1° Etablissements et ateliers de travail.....	51
2° Colonies, cités sanitaires et villages de tuberculeux..	57
3° Papworth.....	58
4° Salagnac.....	63
5° Premières conclusions et propositions,.....	68
ASSISTANCE AUX MALADES DU GROUPE III.....	73
1° Hôpitaux-sanatoriums.....	74
2° Logements-sanatoriums.....	79
ASSISTANCE AUX MALADES PORTEURS DE PNEUMOTHORAX ARTI- FICIEL.....	83
1° Discussions.....	83
2° Conclusions.....	93
RÉSUMÉ-RÉALISATIONS.....	97
1° La réadaptation au travail.....	97
(Les réalisations des sanatoriums de Bligny).....	98
2° L'assistance post-sanatoriale.....	102
a) <i>Groupe I</i>	103
§ 1. — Les réinsufflations au dispensaire.....	104
b) <i>Groupe II</i>	106
§ 1. — Résumé de ce qui a été fait.....	106
§ 2. — Propositions nouvelles.....	106
<i>Groupe III</i>	110
CONCLUSIONS.....	111
BIBLIOGRAPHIE.....	117

1933. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.

